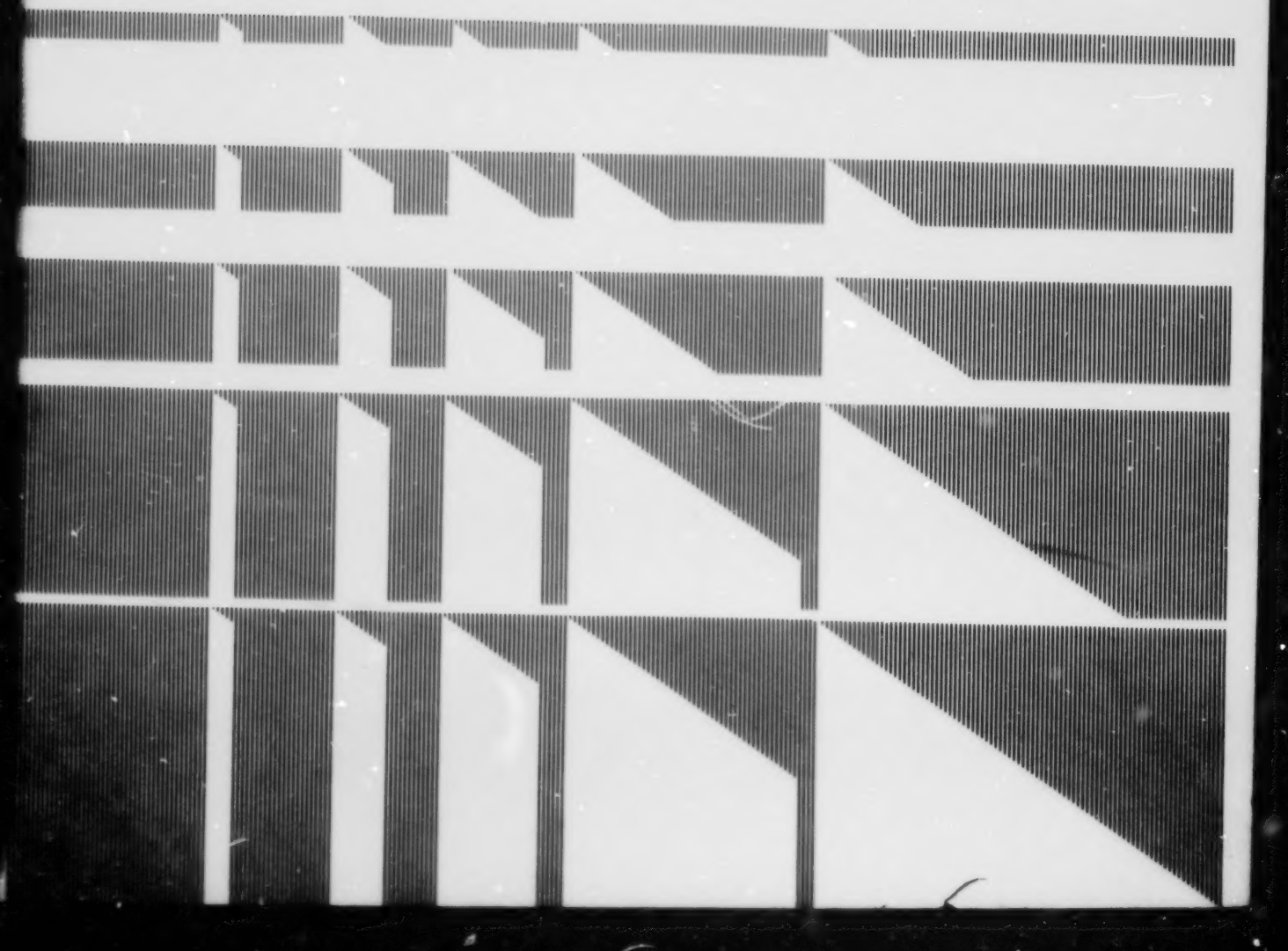
ÉVALUATION DES PROGRAMMES

Évaluation du processus de décentralisation administrative vers le niveau régional en affaires sociales

Québec

12



85-1004/

EVALUATION DU PROCESSUS DE DECENTRALISATION ADMINISTRATIVE VERS LE NIVEAU REGIONAL EN AFFAIRES SOCIALES

Ministère des Affaires sociales
Direction de l'Evaluation des programmes

Novembre 1983

EVALUATION DU PROCESSUS DE DECENTRALISATION ADMINISTRATIVE VERS LE NIVEAU REGIONAL EN AFFAIRES SOCIALES

I Problématique générale

II Objectifs de la recherche

III Décentralisation: la théorie

IV Historique (avant 1970)

V Etendue du processus de décentralisation

Jean Turgeon
sous la supervision
de Pierre Boyle
Service de l'Evaluation-santé
Direction de l'Evaluation
des programmes
M.A.S.

Novembre 1983.

AVANT-PROPOS

Le présent rapport expose la première étape d'une recherche portant sur la décentralisation administrative vers les conseils régionaux de la santé et des services sociaux depuis leur création. Il s'attache à définir la problématique générale (chapitre I) et les objectifs de la recherche (chapitre II), à définir les concepts de centralisation, décentralisation, etc. (chapitre III) et à donner un bref aperçu de l'historique du processus de décentralisation avant 1970 (chapitre IV). Il analyse également l'étendue de ce processus, celle-ci pouvant se définir comme l'étude de la décentralisation "sur papier", de droit (chapitre V).

La seconde étape de cette recherche étudiera la profondeur du processus de décentralisation (la décentralisation en pratique, dans les faits) et fera l'objet d'un second rapport (chapitre VI). Celui-ci comportera une revue de la littérature et l'analyse de données factuelles sur la profondeur du processus de décentralisation (la décentralisation dans les faits). Il devrait également contenir les résultats d'une enquête auprès des acteurs du réseau des Affaires sociales les plus concernés.

R E M E R C I E M E N T S

J'aimerais exprimer ma reconnaissance à tous ceux qui ont apporté leur collaboration à cette recherche. Je tiens à remercier plus particulièrement M. Vincent Lemieux, de l'Université Laval ainsi que Mme Janon Hamel et MM. André Gélinas et Germain Julien de l'Ecole nationale d'Administration publique pour leurs commentaires sur le cadre d'analyse. Il me faut souligner la participation d'un comité de travail de la Conférence des CRSSS composé entre autres de Mme Lise Langlois et de MM. Michel Dubreuil, Albert Painchaud et Claude Piché.

Je dois également beaucoup à M. Pierre Boyle, chef du service de l'Evaluation-santé, qui par son enthousiasme, ses nombreux conseils et sa participation active dans ce dossier m'a grandement encouragé. Enfin je tiens à remercier Mmes Diane Grondin et Céline Drouin pour le travail de dactylographie de cette version... et des nombreux essais précédents.

JEAN TURGEON

"La régionalisation du régime de la santé correspond à la conception globale, à la planification intégrée et à la coordination de ses fonctions multiples dans un territoire géographique délimité. Si l'on veut qu'elle atteigne ses objectifs, la régionalisation doit postuler la décentralisation des décisions relatives au développement et au fonctionnement du régime de manière à ce qu'elles soient adaptées aux conditions particulières du territoire."

Rapport de la commission sur la santé et le bien-être social, 1970 IV (2): 53-54.

"La stratégie de décentralisation choisie par le MAS est expérimentale et évolutive."

Ministère des Affaires sociales, Décentralisation des activités du MAS, Mars 1977.

EVALUATION DU PROCESSUS DE DECENTRALISATION ADMINISTRATIVE
VERS LES CONSEILS REGIONAUX DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX

TABLE DES MATIERES

PAGE

I PROBLEMATIQUE GENERALE..... 1

II OBJECTIFS DE LA RECHERCHE..... 4

2.1 Objectifs de recherche..... 4
2.2 Stratégies d'analyse..... 4

III DECENTRALISATION: LA THEORIE..... 6

3.1 Noyau central et centralisation..... 6
3.2 Administration générale vs administration publique..... 7
3.3 Les types de décentralisation..... 8

3.3.1 Décentralisation administrative vs décentralisation politique..... 8
3.3.2 Décentralisation unifonctionnelle vs multifonctionnelle..... 12

3.4 La déconcentration..... 14
3.5 La régionalisation..... 15
3.6 Où se situent les conseils régionaux de la santé et des services sociaux..... 18

IV HISTORIQUE DU PROCESSUS DE DECENTRALISATION..... 19

4.1 Avant 1960..... 19
4.2 Les années '60..... 21

V ANALYSE DE L'ETENDUE DU PROCESSUS DE DECENTRALISATION ADMINISTRATIVE VERS LES CRSSS..... 24

5.1 Introduction..... 24
5.2 Le cadre d'analyse..... 24
5.3 La Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social..... 28

5.3.1 La santé..... 31
5.3.2 Les services sociaux..... 38

5.4 La Loi sur les services de santé et les services sociaux.. 42

5.4.1 La première version..... 42
5.4.2 La seconde version et l'adoption..... 46

5.5 Principaux mandats confiés aux CRSSS 1973-1979..... 50

PAGE

5.6 Le projet de loi 103..... 61
5.7 L'arrêté en Conseil 3179-79..... 62
5.8 Eléments pour une politique de décentralisation administrative..... 63
5.9 Les arrêtés en Conseil 2234-80 et 2290-80..... 68
5.10 Autres arrêtés en Conseil concernant la décentralisation vers les CRSSS..... 73
5.11 L'Opération "Plans de redressement"..... 73
5.12 Le projet de Loi 27 (1981)..... 77

5.12.1 Genèse du projet de Loi 27 (1981)..... 77
5.12.2 La première version du projet de Loi 27..... 79
5.12.3 La seconde version du projet de Loi 27 et son adoption..... 85

5.13 Les principales constatations..... 91

Bibliographie.....107

Annexe 1.....113

LISTE DES TABLEAUX

PAGE

TABLEAU 1. Décentralisation politique et décentralisation administrative..... 11

TABLEAU 2. Les différents types de décentralisation..... 13

TABLEAU 3. Les différentes types de déconcentration..... 16

TABLEAU 4. Exemples d'activité de pression, de gestion et de commandement..... 27

TABLEAU 5. Les mandats dévolus aux offices régionaux de la santé (ORS) dans le rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (1970)..... 33

TABLEAU 6. Importance relative des mandats confiés aux offices régionaux de la santé (ORS) dans le rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (1970)..... 35

TABLEAU 7. Les différentes propositions pour la composition du conseil d'administration..... 36

TABLEAU 8. Mandats dévolus aux offices régionaux des services sociaux (ORSS) dans le rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (1972)..... 40

TABLEAU 9. Importance relative des mandats confiés aux offices régionaux des services sociaux (ORSS) dans le rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (1972)..... 41

TABLEAU 10. Mandats dévolus aux offices régionaux des Affaires sociales (ORAS) dans la première version du projet de Loi 65 sur les services de santé et les services sociaux. (1971)..... 43

TABLEAU 11. Importance relative des mandats confiés aux offices régionaux des Affaires sociales (ORAS) dans la première version du projet de Loi sur les services de santé et les services sociaux, Loi 65 (1971)..... 44

TABLEAU 12. Mandats dévolus aux conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS) tels qu'énoncés dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux Loi 65 (1971)..... 47

TABLEAU 13. Importance relative des mandats confiés aux conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS) tels qu'énoncés dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux, Loi 65 (1971)..... 48

PAGE

TABLEAU 14. Principaux mandats confiés aux CRSSS par l'intermédiaire de circulaires, directives, normes de gestion, etc., 1973-1979..... 55

TABLEAU 15. Importance relative des principaux mandats récurrents confiés aux conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS) 1973-1979..... 58

TABLEAU 16. Mandats confiés aux CRSSS par l'arrêté en Conseil 3179-79, 28 novembre 1979..... 64

TABLEAU 17. Importance relative des mandats contenus dans l'arrêté en Conseil 3179-79 du 28 novembre 1979..... 65

TABLEAU 18. Mandats confiés aux CRSSS de l'Estrie et du Saguenay Lac St-Jean par les arrêtés en Conseil 2234-80 et 2290-80..... 69

TABLEAU 19. Importance relative des mandats confiés aux CRSSS de l'Estrie et du Saguenay/Lac St-Jean, arrêtés en Conseil 2234-80 (16-07-80) et 2290-80 (24-09-80)..... 72

TABLEAU 20. Mandats confiés au conseil de la santé et des services sociaux de Montréal métropolitain par les arrêtés en Conseil 234-81 et 236-81..... 74

TABLEAU 21. Importance relative des mandats confiés au conseil de la santé et des services sociaux de Montréal métropolitain par les arrêtés en Conseil 234-81 et 236-81..... 75

TABLEAU 22. Mandats confiés aux CRSSS par la circulaire 1981-114 concernant les budgets 1981-82 des établissements et l'opération "plans de redressement"..... 76

TABLEAU 23. Importance relative des mandats confiés aux CRSSS par la circulaire 1981-114..... 78

TABLEAU 24. Mandats confiés aux CRSSS dans la première version du projet de Loi 27 (1981)..... 80

TABLEAU 25. Importance relative des mandats confiés aux CRSSS dans la première version du projet de Loi 27 (1981)..... 83

TABLEAU 26. Mandats confiés aux CRSSS par la Loi 27 (1981)..... 86

TABLEAU 27 Importance relative des mandats confiés aux CRSSS par la Loi 27 (1981)..... 89

PAGE

TABLEAU 28. Importance relative des mandats confiés aux CRSSS indépendamment du type de pouvoirs s'y rattachant..... 92

TABLEAU 29. Importance relative des pouvoirs confiés aux CRSSS indépendamment de l'importance relative des mandats s'y rattachant..... 94

TABLEAU 30. Mandats pour lesquels un partage clair des responsabilités entre le MAS et les CRSSS est essentiel.....101

SCHEMAS

Schéma 1. Grille d'analyse montrant l'importance relative des mandats et pouvoirs pouvant être confiés à un organisme décentralisé..... 29

Schéma 2. Importance relative du degré de décentralisation en rapport avec l'importance relative des mandats et celle des pouvoirs..... 30

I- PROBLEMATIQUE GENERALE

Centralisation et décentralisation représentent les deux extrémités d'un même continuum sur lequel l'administration publique oscille irrégulièrement. Au Québec, avant les années '70, le mouvement n'a cessé de se déplacer vers le pôle de la centralisation. Depuis quelques années cependant, le mouvement semble vouloir s'inverser: on note une volonté de décentralisation de la part du gouvernement du Québec.

Le ministère des Affaires sociales semble faire figure de pionnier en la matière. Dès 1972 il créait 11 conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS) dans autant de régions socio-sanitaires. Cette volonté de décentralisation exprimée par le gouvernement, plus particulièrement depuis 1977, a modifié le partage des pouvoirs entre le ministère des Affaires sociales d'une part et les CRSSS et les établissements d'autre part.

Par ailleurs, le processus de décentralisation ne s'est pas effectué de façon uniforme, particulièrement depuis le début des années '80. En effet certains CRSSS, souvent à leur demande, se sont vu octroyer des pouvoirs supplémentaires.

Certains mandats ne peuvent être délégués à l'ensemble des CRSSS: ils sont inhérents à la spécificité d'une ou de quelques régions. C'est le cas par exemple des mandats concernant des établissements spécifiques. D'autres mandats auraient pu être délégués à n'importe quel conseil régional : ils ne sont pas dépendants des caractéristiques spécifiques à la région. C'est le cas par exemple des mandats confiés en 1980 aux conseils régionaux de l'Estrie et du Saguenay Lac St-Jean. Ceux-ci touchent des activités de planification, de programmation, d'organisation, de budgétisation, de contrôle et d'évaluation.

C'est donc dire qu'actuellement le processus de décentralisation n'en est pas au même point, loin de là, dans l'ensemble des régions socio-sanitaires du Québec: cela respecte ainsi davantage le rythme de développement particulier à chaque région.

Il semble cependant que le réaménagement évolutif du partage des pouvoirs et responsabilités entre le Ministère et les CRSSS suscite chez certains groupes d'acteurs plusieurs interrogations quant à ses objectifs et ses orientations futures: les opinions divergent quant au degré de succès de l'opération. Certains groupes d'acteurs du réseau des Affaires sociales s'interrogent soit sur l'opportunité ou encore sur la façon de poursuivre ce processus de décentralisation. La façon dont on envisage l'avenir dépend évidemment de l'opinion préalable que l'on a de son degré de succès à ce jour. Pour certains acteurs, l'expérience est jugée dans son ensemble relativement positive.

Pour d'autres, l'expérience de décentralisation vers les CRSSS est jugée plutôt négativement: certains s'interrogent même sur la pertinence de conserver ce qu'ils considèrent être un palier bureaucratique supplémentaire. Les principaux tenants de cette position (FMOQ, FMSQ, CPMQ, Association de santé publique) se sont surtout fait valoir lors du débat entourant le projet de loi 27 (1981). Quant aux associations d'établissements, elles s'opposent généralement à toute augmentation des pouvoirs et responsabilités des conseils régionaux.

Pour d'autres encore (Blain 1980, Divay 1979, Lesemann 1978, Riverin 1983) la situation qui prévaut depuis une décennie dans le réseau des Affaires sociales ne s'apparente pas à une véritable décentralisation: celle-ci reste à faire.

Enfin, plusieurs conseils régionaux eux-mêmes ont fait valoir depuis le début du processus de décentralisation que le Ministère leur confie de nombreux mandats sans leur donner simultanément tous les moyens nécessaires à leur réalisation.

Par ailleurs, depuis 1977, et plus particulièrement depuis l'avènement des municipalités régionales de comté (MRC) en 1982, le Gouvernement du Québec dans son ensemble a affirmé sa préférence pour un développement des régions par les régions. L'avenir devrait voir l'avènement d'une véritable décentralisation vers le niveau régional et sous-régional (MRC) d'une partie de l'activité gouvernementale. Il faut tenir compte de cette importante variable comme déterminant dans l'avenir des CRSSS et du réseau des Affaires sociales. Qu'il suffise de rappeler que dans un document récent intitulé Le choix des régions (juin 1983), le ministre délégué à l'Aménagement et au Développement régional mentionne la création éventuelle de conseils régionaux de concertation et d'intervention où les CRSSS agiraient à titre de représentants du réseau de la santé et des services sociaux de leur région.

Jusqu'à maintenant le MAS n'a pas fait d'évaluation globale du processus de décentralisation vers les CRSSS. C'est en partie en vue de combler cette lacune que la présente recherche a été initiée. Par ailleurs, cette recherche n'est pas une évaluation de l'efficacité ou de l'efficience des conseils régionaux. Elle ne vise pas à proposer une série de nouveaux mandats devant leur être confiés ni à fournir un compte rendu de la performance de chacun. Elle s'intéresse plutôt, comme son titre l'indique, à évaluer le processus dans son ensemble: en ce sens elle porte un jugement sur la manière dont s'est effectué le partage des pouvoirs et responsabilités entre les différents niveaux du réseau.

II- OBJECTIFS DE RECHERCHE

2.1 Objectifs de recherche

La problématique générale permet de dégager différents objectifs de recherche. Ceux-ci peuvent être regroupés selon qu'ils sont reliés à l'évaluation du processus de décentralisation ou à son évolution future.

Les objectifs reliés à l'évaluation du processus de décentralisation sont au nombre de trois:

1. Qualifier le type de décentralisation dans lequel le Ministère et le réseau se sont engagés depuis plus de dix ans.

2. Tracer l'évolution de ce processus de 1970 à 1983.

3. Analyser ce processus de façon à déterminer comment la volonté de décentraliser du Ministère et du législateur s'est transposée dans la "pratique".

L'objectif relié à l'évolution future du processus de partage des rôles et pouvoirs entre le MAS et les CRSSS est d'identifier les améliorations à apporter au processus actuel de décentralisation.

2.2 Stratégies d'analyse.

Préalablement à l'analyse du processus de décentralisation, il faut indiquer clairement ce que l'on entend par décentralisation, déconcentration, régionalisation. C'est au moyen d'une revue de la littérature portant sur ces différentes façons d'envisager l'action administrative que l'on y parviendra. Il n'est pas question de faire l'unanimité sur les différentes définitions que proposent les auteurs ayant abordé ce sujet : ce serait tout à fait impossible puisque plusieurs ont des points de vue diamétralement opposés. Il s'agit donc essentiellement d'indiquer au lecteur ce que l'on entend dans la suite de l'étude par décentralisation, déconcentration, régionalisation.

L'analyse proprement dite est centrée sur une distinction fondamentale faite entre deux aspects du processus de partage des pouvoirs et responsabilités entre le Ministère et les conseils régionaux : l'étendue et la profondeur.

L'étendue, c'est avant tout l'ampleur du discours décentralisateur tel qu'exprimé par le législateur et le Ministère depuis 1971 dans la loi et les différents mandats confiés aux conseils régionaux. C'est l'étude de la décentralisation EN DROIT, SUR PAPIER. A l'aide d'une grille d'analyse spécialement développée à cette fin, il s'agit de vérifier s'il y a eu évolution dans l'importance relative des mandats confiés.

III- DECENTRALISATION: LA THEORIE

L'évaluation du processus de réaménagement des pouvoirs et des responsabilités entre les différents secteurs socio-sanitaires dans lesquels le ministère et le réseau des Affaires sociales se sont engagés depuis dix ans ne peut s'effectuer sans une définition claire des concepts.

Le présent chapitre vise donc à une clarification et à une formulation des notions de centralisation, décentralisation et déconcentration élaborées à partir de l'étude de travaux théoriques sur ce sujet.

3.1 Noyau central et centralisation

Il convient au départ de préciser à l'intérieur de quel palier de gouvernement se situe ce processus. Pour les fins de cette étude, l'on entend par niveau national le palier de gouvernement provincial. A l'intérieur de ce palier il faut identifier le noyau central, composé du Conseil des ministres, de ses comités, appuyés par le secrétariat du ministère du Conseil exécutif et le Conseil du trésor. La coordination centrale est assurée aussi par les organismes administratifs centraux (la Commission de la fonction publique, l'OPDQ, etc.) et par les "ministères verticaux" (Affaires inter-gouvernementales, Affaires municipales, Finances, Justice). Gélinas (1975), situe également les "ministères verticaux" (Affaires sociales, Education, etc.) à l'intérieur du noyau central. Tous les autres organismes publics seront rangés dans la catégorie "décentralisation" ou "déconcentration" selon le type de rapport qu'ils entretiennent avec ce noyau central. Pour Gélinas (1975), par définition, le noyau central n'est ni centralisé ni décentralisé, il est tout simplement central.

La centralisation consiste à concentrer au niveau supérieur de la hiérarchie un minimum de centres de décision. Les décisions sont alors notifiées par voies d'ordre précis à partir d'un centre unique. En régime d'administration publique, la centralisation se présente souvent sous un

aspect très hiérarchisé (Lajoie 1968: 13):

> "Le pouvoir de décision est concentré au sommet de la hiérarchie, entre les mains du ministre. Les échelons ne font que transmettre et exécuter: transmettre les questions de l'endroit où elles se posent jusqu'au ministre compétent pour les trancher, transmettre dans le sens inverse la décision ministérielle, exécuter les tâches concrètes selon les ordres reçus. Ainsi, par la centralisation, une volonté unique, partant du centre de l'Etat, se transmet jusqu'aux extrémités du territoire".

3.2 Administration générale vs administration publique

Il existe autant de définitions de la décentralisation qu'il y a d'auteurs ayant abordé ce concept. Souvent même, la littérature spécialisée sur la question offre des définitions contradictoires.

Il convient tout d'abord de discerner deux grands courants de pensée pour lesquels la décentralisation n'a pas tout à fait la même signification: celui de l'administration publique et celui de l'administration générale (management).

Dans le domaine de l'administration générale, que l'on peut assimiler à la situation prévalant dans certaines grandes entreprises privées américaines, la décentralisation implique (Dufault 1979: 27) :

> "a- que les centres de décisions opérationnelles soient au plus bas niveau de la ligne hiérarchique à proximité du lieu de l'action;
>
> b- que les pouvoirs de décision et les responsabilités soient délégués;
>
> c- que l'organisme central possède des fonctions différentes des unités décentralisées."

Dans le domaine de l'administration publique, la décentralisation implique selon certains auteurs que l'organisme décentralisé possède les caractéristiques suivantes (Dufault 1979: 27):

- une personnalité juridique distincte;

- des pouvoirs de réglementation;
- des pouvoirs fiscaux;
- l'élection des titulaires;
- la délégation de responsabilités;
- la non-subordination au pouvoir central;
- les contrôles et les normes sont assurés par le pouvoir central.

La différence fondamentale entre ces deux approches réside dans le fait que dans le domaine de l'administration générale, la notion de décentralisation ne fait pas référence au cadre légal qui sous-tend, c'est-à-dire au statut, aux responsabilités et aux pouvoirs respectifs de l'organisme central par rapport à ses unités satellites.

La décentralisation dans le contexte du management américain, ne signifie pas d'abord une condition juridique: elle est une philosophie administrative, un principe d'organisation. En administration publique par contre, parler de centralisation, décentralisation ou déconcentration, c'est s'interroger sur la répartition entre les unités administratives ou les appareils de l'Etat (Gournay 1967: 127):

> "1) des responsabilités d'assurer l'exécution des diverses missions de l'Etat;
>
> 2) du pouvoir de prendre des décisions relatives à l'exercice de ces missions."

Pour les fins du présent texte, le courant de pensée de l'administration publique sera retenu.

3.3 Types de décentralisation

3.3.1 Décentralisation administrative vs décentralisation politique.

Le Secrétariat à l'aménagement et à la décentralisation (SAD) du ministère du Conseil exécutif définit ainsi la décentralisation (SAD 1978: 3):

> "(...) c'est d'abord un acte de confiance envers les individus et un appel à leur créativité. Elle repose essentiellement sur la conviction que les citoyens seront plus en mesure de définir eux-mêmes leurs besoins et de répondre avec originalité et invention à leurs aspirations s'ils exercent une prise directe (ou par l'intermédiaire de leurs instances locales) sur la production des services et activités qui les affectent quotidiennement."

Quant à l'organisation mondiale de la santé elle définit ainsi la décentralisation (O.M.S. 1972: 23):

> "Dans un système fortement décentralisé (...) la collectivité locale doit assurer, dans les conditions fixées par la loi, les services nécessaires pour protéger la santé de la population (...)."

On constate que ces deux organismes mettent l'accent sur la participation directe de la population, donc sur la dimension démocratique de la décentralisation.

Pour leur part, Lionel Ouellet (1978) et Gilbert Blain (1980) vont plus loin en précisant que pour eux la décentralisation implique nécessairement des pouvoirs fiscaux et de réglementation et la présence de personnes élues à la tête des organismes décentralisés.

Charles Debbasch (1968) dans l'Encyclopedia Universalis introduit toutefois une distinction entre deux types de décentralisation:

> "Lorsque la personnalité morale est conférée à un service déterminé détaché, de ce fait, de la masse des services de l'Etat, l'établissement public ainsi constitué témoignerait d'une décentralisation technique. (...) La décentralisation territoriale est une répartition des affaires administratives commandée par la diversité sociale, et donc politique, du pays sur l'ensemble du territoire. La décentralisation technique correspond aux exigences d'une répartition harmonieuse des fonctions entre les différentes branches de l'Administration. La première répond à des aspirations politiques, la seconde à un souci

> d'efficience. Cela explique que l'idée d'autogestion soit moins prononcée dans la décentralisation technique que dans la décentralisation territoriale".

Certains auteurs (Deschênes 1981; Lesemann 1978) abondent dans le même sens en distinguant entre un type de décentralisation qu'ils nomment administrative ou technocratique et un second type qu'ils qualifient de décentralisation politique ou démocratique (Tableau 1). Pour les fins de la présente analyse, cette distinction est retenue.

La décentralisation administrative implique que les organismes sous ce "régime" sont soumis à la "tutelle" des ministères et également à certains contrôles, règles et pratique des organismes administratifs centraux. Ils n'ont aucun pouvoir fiscal mais possèdent une personnalité juridique distincte et sont dirigés par des personnes nommées. André Gélinas (1975: 8) et Louis Borgeat (Borgeat, Dussault, Ouellet 1982: 56) qualifient ce type de décentralisation de "fonctionnelle".

La décentralisation politique se définit quant à elle comme une situation où les organismes décentralisés possèdent une personnalité juridique distincte mais sont dirigés par des personnes élues. Ils disposent de pouvoirs fiscaux et de réglementation. Gélinas (1975: 10) et Borgeat et coll. (1982: 56) qualifient ce type de décentralisation de "territoriale", tout comme Debbasch.

De plus, ce qui différencie fondamentalement ces deux types de décentralisation, c'est le rôle joué par la "base" (populations locales) dans le processus. Alors qu'en situation de décentralisation administrative la "base" ne fait que subir un réaménagement des pouvoirs édicté par l'organisme central (l'Etat), c'est elle qui est généralement l'instigatrice de ce réaménagement de pouvoirs lors d'une décentralisation politique (Lesemann 1978). Il est possible cependant que l'organisme central initie lui-même le mouvement vers une décentralisation politique. Dans un processus de décentralisation administrative, la population peut participer ou collaborer à des degrés divers à la prise de décision dans les domaines décentralisés administrativement, mais ce n'est pas elle ni

TABLEAU 1. DECENTRALISATION POLITIQUE ET DECENTRALISATION ADMINISTRATIVE

DECENTRALISATION POLITIQUE	DECENTRALISATION ADMINISTRATIVE
CARACTERISTIQUES COMMUNES	
. Personnalité juridique propre ou à tout le moins constitution législative. . Délégation de pouvoir de prendre des décisions relatives à l'exercice d'une ou plusieurs missions de l'Etat. . Délégation des responsabilités nécessaires en vue d'assurer l'exécution d'une ou plusieurs missions de l'Etat. . Runture du lien hiérarchique.	
CARACTERISTIQUES SPECIFIQUES	
. Pouvoir fiscal . Pouvoir de réglementation étendu . Personnes élues par des segments précis de la population ou par l'ensemble de celle-ci.	. Aucun pouvoir fiscal . Pouvoir de réglementation restreint ou nul . Personnes nommées

l'organisme décentralisé qui possède les instruments pour modifier les rapports de force: tout s'effectue sous l'égide de l'Etat. Au contraire, une décentralisation politique a généralement pour origine une mobilisation populaire, une action directe de la "base" en vue de redéfinir elle-même les nouveaux rapports de force qu'elle entend établir avec l'Etat et les niveaux intermédiaires (régions, sous-régions, localités) de l'administration.

3.3.2 Décentralisation unifonctionnelle vs multifonctionnelle

Gélinas (1975: 8-16) établit une distinction supplémentaire en introduisant les concepts de décentralisation unifonctionnelle et multifonctionnelle. L'épithète "unifonctionnelle" signifie chez l'organisme décentralisé la spécialisation dans un secteur d'activités déterminé et permet donc de rejoindre des intérêts strictement sectoriels. Le terme "multifonctionnelle" signifie que l'organisme décentralisé doit au contraire assurer la concertation d'un ensemble de secteurs d'activités, rejoindre les intérêts intersectoriels. Pour les fins de l'analyse, cette distinction est également retenue.

Le lecteur retrouvera au tableau 2 l'ensemble des différents types de décentralisation pour chaque niveau d'intervention (national, régional, sous-régional, municipal/local) ainsi que des exemples permettant d'illustrer ces différents concepts. Il est clair qu'il ne peut exister de décentralisation démocratique au niveau national puisque les personnes élues à ce niveau font partie du noyau central par rapport auquel les organismes sont décentralisés.

Il faut souligner que la délégation de responsabilités ainsi que celle de l'autorité correspondante nécessaire à l'exécution de la tâche ne signifie en aucun cas une abdication de la part de l'organisme central! Dans le contexte d'une décentralisation administrative par exemple, l'organisme central conserve certaines fonctions (Dufault 1979: 24):

NIVEAU D'INTERVENTION	TYPE D'INTERVENTION		EXEMPLES
NATIONAL (Québec)	DECENTRALISATION ADMINISTRATIVE	Unifonctionnelle	Régies, offices, tribunaux administratifs, sociétés.
		Multifonctionnelle	N'existe pas au Québec
REGIONAL (R. socio-sanitaires)	DECENTRALISATION POLITIQUE	Unifonctionnelle	N'existe pas au Québec
		Multifonctionnelle	N'existe pas au Québec
	DECENTRALISATION ADMINISTRATIVE	Unifonctionnelle	Conseils régionaux de développement (CRD) certains CSS
		Multifonctionnelle	N'existe pas au Québec
SOUS-REGIONAL	DECENTRALISATION POLITIQUE	Unifonctionnelle	Commissions scolaires
		Multifonctionnelle	N'existe pas au Québec
	DECENTRALISATION ADMINISTRATIVE	Unifonctionnelle	CH, CSS, CA, DSC
		Multifonctionnelle	N'existe pas au Québec
LOCAL	DECENTRALISATION POLITIQUE	Unifonctionnelle	N'existe pas au Québec
		Multifonctionnelle	Municipalités
	DECENTRALISATION ADMINISTRATIVE	Unifonctionnelle	CLSC, CH, CA
		Multifonctionnelle	N'existe pas au Québec

"1. La planification d'ensemble;

2. La conception des politiques et l'élaboration des programmes généraux;

3. L'élaboration des normes techniques d'ensemble;

4. L'octroi des moyens de mise en oeuvre;

5. Les activités de contrôle et d'évaluation d'ensemble."

Pour Giscard d'Estaing (1967: 15) la décentralisation, qu'elle soit démocratique ou administrative, implique:

"La décentralisation n'exclut en rien la nécessité de décision au niveau de la direction générale et d'un contrôle centralisé. Une délimitation des responsabilités peut être ainsi fixée: une bonne gestion repose sur la centralisation des décisions de politique et du contrôle et sur une large décentralisation des responsabilités et des décisions opérationnelles."

3.4 La déconcentration

La déconcentration représente une typologie administrative propre à la science de l'administration publique et à l'approche légaliste française. Il n'existe pas d'équivalent dans le langage du "management" américain (Dufault 1979). Il faut souligner qu'elle consiste essentiellement en la dispersion géographique ou fonctionnelle d'agents administratifs relevant de l'organisme central. La déconcentration se distingue de la décentralisation par les caractéristiques suivantes:

1) L'organisme déconcentré et l'organisme central constituent une seule et même personnalité juridique;

2) Il n'a aucun pouvoir réglementaire ou fiscal;

3) Ses titulaires ne sont pas nommés ou élus mais simplement recrutés;

4) Il y a délégation de pouvoirs administratifs de la part de l'organisme central, mais en aucun cas délégation des responsabilités(1) correspondantes;

5) Toute la gestion est assurée par le pouvoir central.

Comme dans le cas de la décentralisation, la déconcentration peut être subdivisée en divers types. Elle peut être unifonctionnelle ou multifonctionnelle et se produire au niveau national, régional, sous-régional ou local (Tableau 3). Il ne saurait être question toutefois de parler de déconcentration démocratique ou politique puisque par définition la déconcentration réfère à un phénomène structurel purement administratif.

En résumé, ce qui distingue fondamentalement décentralisation et déconcentration, c'est le partage des responsabilités (Dufault 1979: 26):

> "(...) en régime déconcentré, le chef suprême de l'organisation conserve toujours et de façon immédiate les responsabilités de toutes les actions prises par ses agents administratifs, peu importe la délégation d'autorité dont ces derniers sont investis. Dans ce contexte, seuls des pouvoirs sont délégués, et non des responsabilités."

3.5 La régionalisation

Les auteurs consultés ayant abordé ce sujet (Ouellet 1978; O.M.S. 1972; Gosselin 1982) sont unanimes à mentionner le fait que la régionalisation peut s'inscrire dans un processus centralisé, décentralisé ou déconcentré, ces trois concepts se référant à des phénomènes structurels (administratif ou politique) alors que la régionalisation est avant tout un processus fonctionnel. En effet, régionaliser c'est (Ouellet 1978: 10-11):

> "(...) introduire la perspective spatiale et temporelle des actes administratifs en fonction d'un impact régional (...). Ce qu'elle introduit de nouveau dans le fonctionnement administratif, c'est un processus fonctionnel de planification, au processus décisionnel pré-existant: les actes des divers agents sont concertés, harmonisés

(1) Responsabilité pris dans le sens de capacité de prendre une décision sans en référer à une autorité supérieure.

TABLEAU 3. LES DIFFERENTS TYPES DE DECONCENTRATION

NIVEAU D'INTERVENTION	TYPE D'INTERVENTION	EXEMPLES
NATIONAL (provincial)	DECONCENTRATION — Unifonctionnelle	Organisation interne des ministère "verticaux" et "horizontaux" (1)
	DECONCENTRATION — Multifonctionnelle	-
REGIONAL (R. socio-sanitaires)	DECONCENTRATION — Unifonctionnelle	Bureaux régionaux des ministères
	DECONCENTRATION — Multifonctionnelle	Conférence administrative régionale
SOUS-REGIONAL	DECONCENTRATION — Unifonctionnelle	Bureaux sous-régionaux de certains ministères
	DECONCENTRATION — Multifonctionnelle	-
LOCAL/MUNICIPAL	DECONCENTRATION — Unifonctionnelle	Bureaux locaux des ministères, succursales des organismes régionaux
	DECONCENTRATION — Multifonctionnelle	-

(1) Bien que les ministères "horizontaux" et "verticaux" fassent partie du noyau central, leur organisation interne est de type déconcentré.

> et coordonnés; ils sont catalogués d'après leurs effets et leur priorité respective, relativement à la région (...). Les organes de l'Etat compétents à faire de la régionalisation ne se substituent pas aux services sectoriels (...) ils ne constituent pas non plus un niveau administratif hiérarchique intermédiaire entre la capitale et les unités administratives territoriales de base (...). La régionalisation est une activité de liaison (entre agents décideurs) et les organes qui assument cette fonction sont des organes managériels (...). La région n'est pas un échelon d'administration: échelon de dialogue et de décision mais non de réalisation, et les services de la région sont des organes de coordination mais non d'exécution."

Il s'agit donc d'un processus fonctionnel affectant deux étapes de la prise de décision: la planification et la coordination.

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé, la régionalisation c'est (O.M.S. 1972: 16):

> "(...) l'organisation et la coordination de toutes les ressources et de tous les services sanitaires à l'intérieur d'une région donnée en vue d'assurer des soins (...) du plus haut niveau possible et d'adapter un programme général d'action sanitaire aux caractéristiques et aux besoins de la région considérée."

Enfin, Roger Gosselin mentionne qu'il y a au moins deux façons différentes de régionaliser (Gosselin 1982):

> "1. Lorsque l'organisme central adapte lui-même ses politiques aux caractéristiques et besoins régionaux;
>
> 2. Lorsque les régions identifient individuellement leurs propres demandes."

Gosselin vient ainsi confirmer l'idée de Ouellet en indiquant bien la fonctionnalité du processus de régionalisation. En effet, il n'est pas nécessaire d'avoir un organisme ou un établissement dans le territoire pour régionaliser et, corollairement, la présence d'établissements ou d'organismes dans un territoire n'implique pas obligatoirement qu'il y a régionalisation.

3.6 Où se situent les conseils régionaux de la santé et des services sociaux?

Comme mentionné précédemment, les opinions des experts divergent sur ce sujet. Pour certains (Ouellet (1978), Blain (1980), Lesemann (1978), CPDQ (1982)) les conseils régionaux s'apparentent plus à des organismes déconcentrés au niveau régional. Pour d'autres (Deschênes (1981), Gélinas (1975), Gosselin (1983) CASF (1978)) les conseils constituent un exemple de décentralisation unifonctionnelle et administrative au niveau régional.

La volonté du législateur lors de la création des CRSSS et par la suite était de mettre sur pied des organismes régionaux où prévaudrait une décentralisation administrative unifonctionnelle. Celui-ci a donc fait en sorte que les CRSSS soient plus que des organismes déconcentrés, sans toutefois leur octroyer toutes les caractéristiques pouvant les identifier à des organismes décentralisés politiquement. L'hypothèse à vérifier est la suivante: les CRSSS sont des organismes où prévaut une décentralisation unifonctionnelle et administrative.

Il faut admettre qu'il y a là matière à discussion et c'est en partie pour l'alimenter qu'est proposée la présente recherche.

IV- HISTORIQUE DU PROCESSUS DE DECENTRALISATION

Avant d'examiner en détail comment s'est effectué le transfert de certains pouvoirs et responsabilités du niveau national vers des organismes régionaux ou locaux, il serait pertinent de rappeler brièvement comment le pouvoir de décision s'est tout d'abord concentré peu à peu à ce niveau.

4.1 Avant 1960

Jusqu'au XXè siècle, la santé demeure au Québec un problème individuel (R.C. 1970 IV (1): 19). Dans la société traditionnelle, les services socio-sanitaires ne font pas l'objet d'une organisation systématique: la famille y remplit un rôle clé et, lorsqu'elle ne peut plus suffire à la tâche, c'est le voisinage ou la paroisse qui y suppléent. Il faut également souligner le rôle très important des communautés religieuses dans cette société pré-industrielle: elles sont à l'origine de plusieurs initiatives visant à répondre aux besoins socio-sanitaires de la population. De plus ces communautés sont propriétaires et administrateurs de la majorité des hôpitaux, orphelinats, hospices, etc.

La première tentative d'intégration des organismes municipaux de santé remonte à 1910, lorsque le gouvernement québécois décide de diviser le territoire du Québec en dix districts sanitaires (R.C. 1970 IV (1): 23).

Dans le domaine social, le XIXè siècle se caractérise au Québec par des initiatives nombreuses et diverses (R.C. 1972 VI (1): 35):

> "Les évêques catholiques fondent des instituts religieux et épaulent leurs oeuvres d'assistance; les protestants mettent sur pied des organismes et des établissements de bien-être (...). Des instituts religieux ouvrent des établissements pour accueillir orphelins, vieillards, immigrants, infirmes, malades chroniques et aliénés, donner refuge aux mères célibataires, s'occuper des prisonnières et faire l'éducation spéciale des aveugles et des sourds-muets."

Au début du XXè siècle, on assiste à une première tentative en vue de coordonner et planifier l'action de certains organismes sociaux chez les groupes ethniques autres que le groupe francophone: c'est l'apparition du Montreal Council of Social Agencies et de la Federation of Jewish Philanthropies. Il faudra attendre plus de ving ans avant que les francophones établissent des organismes de cette nature (R.C. 1972 VI (1): 43). Jusqu'en 1939 l'ensemble de l'activité des organismes de services sociaux demeure en grande partie une activité d'assistance économique (R.C. 1972 VI (1): 47).

Le gouvernement du Québec tente également de mettre sur pied un appareil administratif provincial qui lui permettrait de veiller à l'administration et à l'application des lois touchant le domaine socio-sanitaire (R.C. 1970 IV (1): 24):

> "(...) En 1922, l'Etat jette les bases d'un système de prévention des maladies et remplace le Conseil supérieur d'hygiène par le Service provincial d'hygiène (qui) (...) fait place, en 1936, au ministère de la Santé et du Bien-Etre social."

En 1944 ce ministère est scindé en deux: un ministère de la Santé et un ministère du Bien-Etre social. Ce dernier devient en 1946 le ministère du Bien-Etre social et de la Jeunesse. A l'origine le ministère du Bien-Etre social est fondé pour administrer les lois concernant le placement des enfants et l'assistance sociale (R.C. 1972 VI (1): 49). En 1957 la juridiction du Ministère s'étend aux institutions régies par le régime de l'assistance publique: orphelinats, crèches, garderies et agences sociales avec leurs foyers nourriciers. En 1960 elle s'étend en plus aux hospices pour vieillards et invalides.

Durant cette période l'intervention du gouvernement québécois est subordonnée au principe selon lequel santé et charité relèvent avant tout du secteur privé. La plupart des hôpitaux, crèches, orphelinats, hospices et agences sociales sont sans but lucratif et encore propriétés de communautés religieuses ou d'organismes philanthropiques privés qui en assurent également la gestion.

Le niveau national ne fait habituellement que financer, d'une façon de plus en plus importante cependant, une partie des activités de cette multitude d'intervenants sur lesquels il n'exerce pour ainsi dire aucun contrôle.

C'est donc dire qu'avant 1960 les organismes oeuvrant dans le domaine socio-sanitaire ne sont pas décentralisés: ils ne sont reliés en aucune façon au niveau central, celui-ci ne disposant d'aucun contrôle sur eux. Ils sont tout simplement indépendants, hors-centre.

4.2 Les années '60

Comme le résume le Conseil des Affaires sociales et de la Famille (CASF 1978: 21):

> "L'éclatement des structures sociales traditionnelles du Québec, au début des années '60, devait modifier en profondeur le rapport des forces en présence, soit l'Etat "absent" et pourvoyeur quasi anonyme de fonds publics et les organismes privés distributeurs des soins et des services. A la suite de changements économiques et sociaux, comme l'industrialisation accélérée, l'urbanisation, le déclin de l'agriculture et la transformation de la vie familiale, la société québécoise devint plus sensible à la transformation de la nature et du degré de gravité des problèmes sociaux. De plus, l'écart entre la participation financière du secteur public et du secteur privé apparut comme une évidence qu'aucune philosophie politico-sociale ne pouvait dissimuler plus longtemps. La remise en question du financement et de l'organisation du réseau de distribution de soins et de services dans le secteur des affaires sociales prit l'aspect d'une impérieuse nécessité, en dépit des craintes du secteur privé, à voir modifier ses attributions traditionnelles auxquelles il demeurait fortement attaché. Mais l'augmentation considérable des coûts et la venue d'une clientèle sans cesse croissante devaient produire l'effritement du secteur privé et l'éveil de l'Etat au nouveau rôle que la situation lui commandait d'assumer."

Le gouvernement du Québec créa de nombreuses commissions en vue de définir une politique d'ensemble dans le domaine socio-sanitaire. Relevons-en trois qui marquèrent plus particulièrement l'évolution du système socio-sanitaire du Québec: le rapport Bédard-Lazure (1962) sur la réforme des asiles et la régionalisation des services psychiatriques, le rapport Boucher (1963) qui indiquera comment l'Etat doit intervenir dans le domaine du bien-être social et enfin la commission Castonguay-Nepveu, une Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social.

Durant cette décennie le gouvernement adopte également une série de lois et de mesures importantes. En 1961, entre en vigueur la Loi provinciale de l'assurance-hospitalisation. En 1963, c'est l'ouverture de bureaux régionaux d'aide sociale, mesure visant à déconcentrer l'administration de ce secteur d'activité. Cette année marque aussi le début d'un système de sécurité du revenu étatique, complété en 1965 par la promulgation de la Loi du régime des rentes du Québec. En 1964, c'est l'annonce d'un programme de financement étatique des agences de services sociaux privées. Le centre de gravité des services sociaux se déplace donc des établissements vers les organismes, sans que l'on puisse identifier ce que la société attend des uns et des autres. L'absence d'objectifs précis empêche la coordination entre les établissements et les organismes (R.C. 1972 VI (1): 65).

En 1966, sont votées les lois sur les accidents de travail et sur l'assistance médicale qui seront suivies par la création de la régie de l'assurance-maladie en 1969, puis par l'instauration du régime universel d'assurance-maladie en 1970, avec trois ans de retard par rapport à celui des autres provinces. Un an auparavant, en 1969, entrait en vigueur la Loi d'aide sociale, dernière pièce législative d'importance des années soixante.

Parallèlement à ce travail de réflexion et de législation s'effectuait la mise en place d'un appareil administratif d'Etat, aspect essentiel de ce que d'aucuns ont appelé la "révolution bureaucratique" (CASF 1978: 21):

> "Le début des années 60 est donc caractérisé principalement par l'édification d'un appareil gouvernemental d'un nouveau type, fortement centralisé et hautement hiérarchisé, rendu possible par l'attrait qu'a su créer, auprès d'une certaine élite intellectuelle et professionnelle du Québec, une nouvelle conception de l'exercice du pouvoir politique. Par le transfert progressif de l'ensemble des pouvoirs régionaux et locaux au profit de cette bureaucratie nouvellement édifiée, le pouvoir politique se dotait d'un pouvoir auxiliaire considérable et global, mais indispensable à l'exercice des fonctions qu'il considérait comme essentielles au développement de l'Etat québécois. Dans tous les secteurs d'activités, que ce soit dans le domaine économique, social, éducationnel ou culturel, l'appareil bureaucratique se voyait investi de la responsabilité de traduire la volonté politique de l'Etat et les objectifs qu'elle visait en termes de politiques et de programmes concrets et sectoriels sur la base du principe de l'égalité des chances et de l'accessibilité pour tous, en dépit des disparités régionales et de l'inégalité des classes sociales."

C'est dans ce contexte où l'interventionnisme centralisateur de l'Etat va en s'accentuant que les travaux de la commission Castonguay-Nepveu se déroulèrent.

V- ANALYSE DE L'ETENDUE DU PROCESSUS DE DECENTRALISATION ADMINISTRATIVE VERS LES CRSSS

5.1 Introduction

Comme mentionné à la section 2.2 portant sur les stratégies d'analyse, l'étude est centrée sur une distinction fondamentale entre deux aspects du processus de partage des pouvoirs et responsabilités entre le Ministère et les conseils régionaux: l'étendue et la profondeur.

L'étendue, c'est l'étude de la décentralisation SUR PAPIER. Il s'agit de vérifier à l'aide d'une grille d'analyse proposée à la section suivante, s'il y a eu dans la volonté de décentraliser du ministère des Affaires sociales, une certaine évolution depuis bientôt douze ans. Pour ce faire il faut dans un premier temps effectuer l'inventaire des principaux mandats et pouvoirs confiés aux CRSSS puis évaluer l'importance relative de chacun au moyen de la grille d'analyse. Cette analyse n'inclut pas l'étude de l'exécution des mandats, du comment se sont réalisés ces mandats une fois confiés aux conseils régionaux.

5.2 Le cadre d'analyse

Le cadre d'analyse de l'étendue du processus de décentralisation administrative s'inspire en partie de travaux de M. Vincent Lemieux, politologue de l'Université Laval. Celui-ci proposait dans un article (Lemieux 1980) une échelle permettant d'évaluer le degré de centralisation ou de décentralisation d'un organisme public ou privé. Pour Lemieux (1980), la centralisation sera d'autant plus grande que le palier central (le M.A.S.) conservera les fonctions, pouvoirs et responsabilités les plus déterminants sur les différentes composantes du réseau des Affaires sociales, alors qu'inversement la décentralisation sera d'autant plus grande lorsque certains de ces pouvoirs, fonctions et responsabilités seront entre les mains d'acteurs moins centraux, par exemple les conseils régionaux.

Pour établir de façon plus précise le degré de décentralisation d'un système, Lemieux (1980: 696-698) suppose un certain ordre logique dans l'importance relative des mandats. Certains sont plus déterminants que d'autres par ce qu'ils leur sont logiquement antécédents. L'ordre qu'il propose, et dont la présente recherche s'inspire largement, va des mandats, fonctions, etc. les moins déterminants (niveau 1) vers les plus déterminants (niveau 5).

Le premier niveau correspond aux mandats concernant l'information circulante non-finalisante, celle-ci se définissant comme l'ensemble des ressources informationnelles autres que celles qui définissent explicitement les orientations et la nature même du réseau des Affaires sociales (susciter la participation, assurer des communications, concevoir des systèmes d'information, etc.). Le second niveau correspond aux mandats relatifs aux ressources humaines, non-dirigeantes et dirigeantes, et aux ressources matérielles non-monétaires. Ces deux ressources sont souvent indissociables dans la pratique puisqu'elles forment, entre autres, les services socio-sanitaires sur lesquels les conseils régionaux auront plus ou moins de "contrôle" selon la nature du mandat qui leur sera confié par le Ministère ou le Gouvernement du Québec. A ce niveau, les CRSSS ont seulement un pouvoir de dépenser (ou de contrôle des dépenses) des budgets définis par le M.A.S. : ils ne possèdent pas de pouvoirs ou responsabilités sur la répartition des budgets, encore moins sur leur détermination. Le troisième niveau représente justement celui des mandats relatifs aux ressources monétaires (budgétaires). Il concerne les mandats rattachés à la détermination des budgets, à leur répartition. Le quatrième concerne plus particulièrement les mandats relatifs à l'existence même des établissements : abolition, fusion, création. Quant au cinquième niveau, il concerne ce que Lemieux (1980) : 694) appelle l'information structurante : celle qui définit explicitement les orientations et la nature même du réseau des Affaires sociales ou de l'une de ses composantes. Les mandats rattachés à ce cinquième niveau concernent la définition des objectifs, l'élaboration de politiques, l'édiction de normes ou de règlements pouvant contraindre d'autres acteurs (en l'occurence les établissements socio-sanitaires). Cette distinction entre information structurante et non-structurante s'inspire

des travaux d'Henri Laborit (1974). En contrôlant cette information structurante, ou finalisante, on contrôle ce qui doit être, les performances qui peuvent être exigées d'un acteur (Lemieux 1980 : 694).

Cependant, certains mandats ne peuvent être identifiés à un seul de ces niveaux. Il s'agit de ceux reliés à des activités d'évaluation. L'importance relative de ce type d'activité est étroitement liée à l'objet d'évaluation. En fait il est postulé que c'est ce dernier qui détermine à quel niveau de la grille d'analyse se situe cette évaluation. Cette grille à cinq niveaux devrait permettre de caractériser l'importance relative des mandats et fonctions confiés aux CRSSS.

Par ailleurs une dimension supplémentaire d'analyse a été intégrée à chacun des cinq niveaux de cet ordre logique soit celle du type de pouvoir exercé par rapport à un mandat. Celle-ci consiste à caractériser les pouvoirs confiés aux conseils régionaux en trois catégories, soit des pouvoirs de "pression", de"gestion" et enfin de "commandement" (tableau 4).

Les pouvoirs de "pression" sont ceux qui situent les conseils régionaux dans un rôle de conseiller face au MAS, aux établissements ou à la population. Quelques exemples: adresser ses recommandations, collaborer, promouvoir, proposer, recommander, susciter la participation, etc. Les pouvoirs de "gestion" impliquent généralement un pouvoir administratif: pouvoirs de coordination, de concertation, d'organisation, etc. où les conseils régionaux n'ont aucun pouvoir de contrainte sur les établissements. Enfin les pouvoirs de "commandement" impliquent un pouvoir exécutif pour le CRSSS, un pouvoir de contrainte sur les établissements ou le milieu. Qu'il s'agisse de penser à des activités comme "autoriser", "contrôler", "exproprier", "fixer" (des règlements) etc. En fait l'on peut considérer "pression" et "commandement" comme les deux extrémités d'un continuum sur lequel se situeraient au milieu les pouvoirs de "gestion". L'étude de l'étendue devrait permettre de suivre l'évolution des conseils régionaux à la fois en termes de l'importance relative des mandats de même qu'en termes du type de pouvoir exercé en regard de ces mandats.

Tableau 4. Exemples d'activité de pression, de gestion et de commandement.

PRESSION	GESTION	COMMANDEMENT
Adresser ses recommandations Assister Collaborer Conseiller Eclairer le Ministre Etre consulté Promouvoir Proposer Recommander Susciter la participation	Acheter et revendre Administrer Assurer des communications Assurer la complémentarité Assurer la coordination Assurer les liens de complémentarité Constituer le dossier Dépositaire des contrats de services Evaluer Faire rapport de son activité Fournir Identifier les besoins Implanter Inventorier Mettre sur pied les CAR Mettre à la disposition Organiser Pourvoir à l'organisation Préciser Recevoir et entendre les plaintes Requérir les expropriations S'assurer du bon fonctionnement Surveiller Transmettre Voir à ce que soit assuré	Approuver Autoriser Concevoir des normes, des politiques Conclure des contrats où les établissements s'engagent à atteindre les buts fixés Contrôler Convocation et procédure des élections Créer une banque de personnel Déterminer les objectifs et priorités régionales Edicter des règlements Elaborer une politique Etablir une programmation Exproprier Mettre en tutelle Permettre Prendre en charge la création Prescrire Procède à la nomination Réglementer l'activité Répartir les enveloppes

C'est en joignant ces deux informations que l'on obtient la grille d'analyse (schéma 1) qui servira à étudier l'évolution du processus de décentralisation administrative vers les CRSSS.

Par ailleurs étant donné que le MAS qualifie lui-même depuis plusieurs années sa stratégie de partage des pouvoirs et responsabilités entre lui et les conseils régionaux de décentralisation administrative expérimentale et évolutive, il devrait y avoir théoriquement dans le temps:

- de plus en plus de mandats dans les niveaux les plus déterminants (mandats concernant le création, la fusion, l'abolition des établissements; l'information structurante);

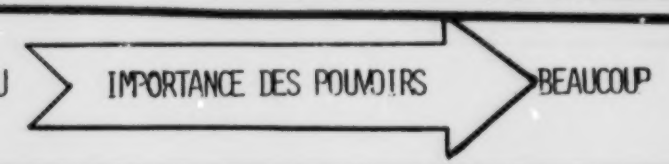
- de plus en plus de pouvoirs de commandement confiés aux CRSSS.

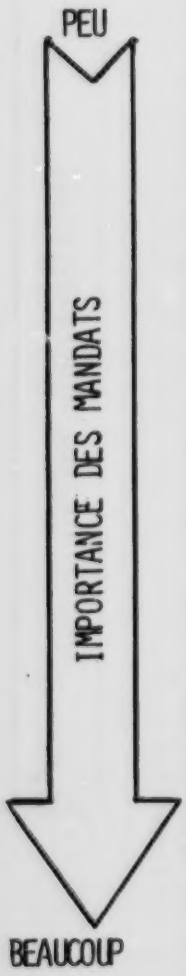
Cette hypothèse amène à proposer un schéma théorique (schéma 2) indiquant que le degré de décentralisation est de plus en plus important au fur et à mesure que les mandats sont associés aux niveaux les plus déterminants et les pouvoirs de commandement de plus en plus importants par rapport aux pouvoirs de pression. Théoriquement l'on peut s'attendre à ce que, au début des années '70, la décentralisation soit peu importante et qu'au fur et à mesure de l'évolution du processus, elle se "dirige" vers le coin inférieur droit du schéma.

5.3 La Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social

En 1966 le Gouvernement du Québec mandate la Commission Castonguay-Nepveu pour faire enquête sur tout le domaine de la santé et du bien-être social. Cette Commission a remis les deux premiers tomes de son rapport (L'Assurance-Maladie I, Les Médecins internes et résidents-II) en 1967. Trois autres tomes (Le Développement-III, La Santé-IV, Les Professions et la Société-VII) paraîtront en 1970 alors que les deux derniers (La Sécurité du revenu-V, Les services sociaux-VI) ne paraîtront qu'en 1971 et 1972, après l'entrée en vigueur de l'assurance-maladie et l'adoption de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Deux de ces tomes sont plus particulièrement étudiés ici, soit ceux portant sur la santé et les services sociaux.

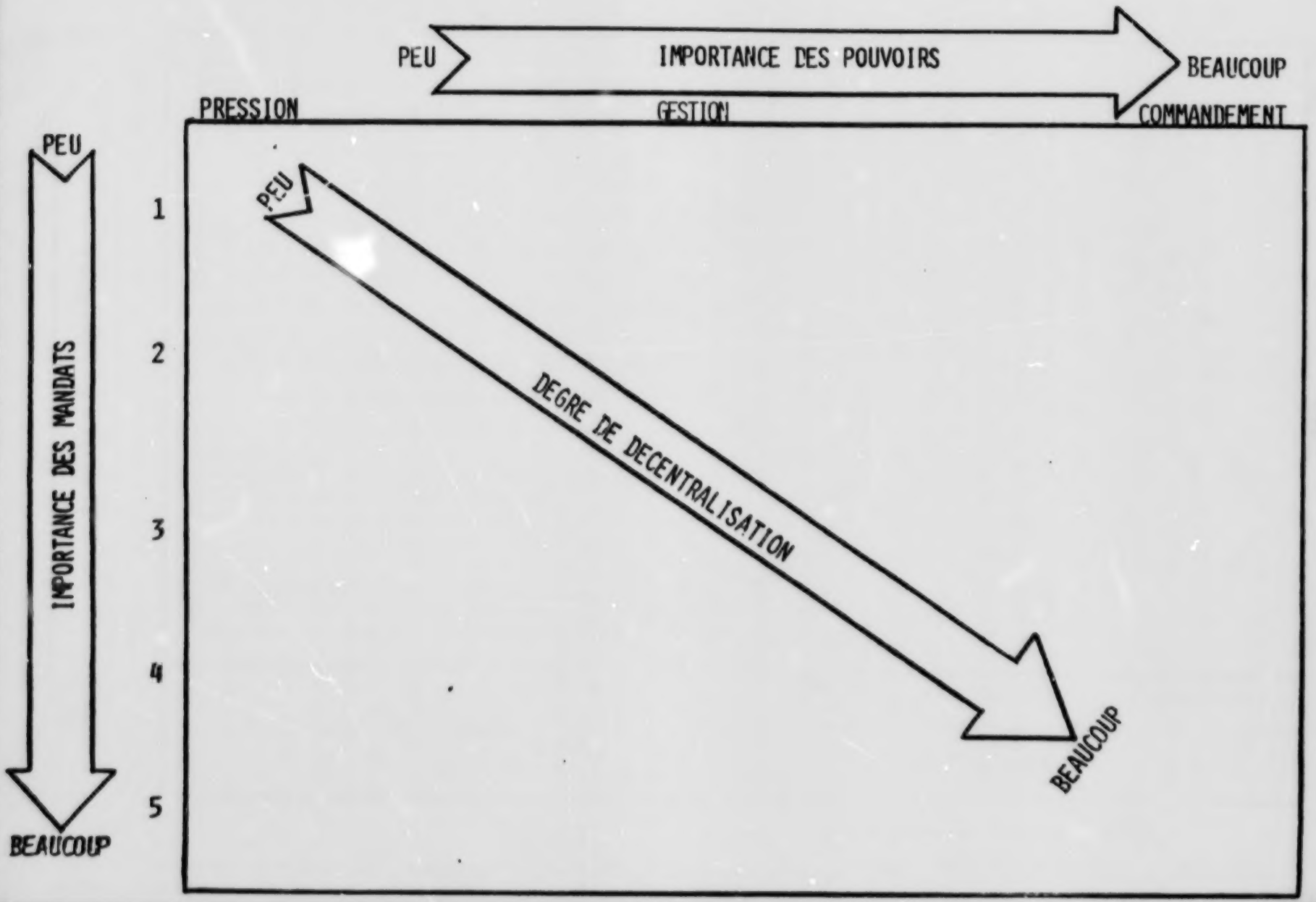
Schéma 1. Grille d'analyse montrant l'importance relative des mandats et pouvoirs pouvant être confiés à un organisme décentralisé.





MANDATS, FONCTIONS CONCERNANT:	TYPES DE POUVOIR		
	PRESSION	GESTION	COMMANDEMENT
1 L'INFORMATION CIRCULANTE NON-FINALISANTE (RESSOURCES INFORMATIONNELLES QUI NE DEFINISSENT PAS LES ORIENTATIONS ET LA NATURE DU RESEAU DES AFF. SOC.)			
2 LES RESSOURCES HUMAINES ET MATERIELLES DES ETABLISSEMENTS, LEUR CLIENTELE, PROGRAMMES ET SERVICES			
3 DETERMINATION ET/OU REPARTITION DES RESSOURCES MONETAIRES (BUDGETAIRES)			
4 LA CREATION, LA FUSION, L'ABOLITION DES ETABLISSEMENTS			
5 L'INFORMATION STRUCTURANTE (DEFINITION DES OBJECTIFS, IMPOSITION DES FINALITES VERS LESQUELLES LES AUTRES MOYENS DEVRONT ETRE MOBILISES)			

SCHEMA 2. IMPORTANCE RELATIVE DU DEGRE DE DECENTRALISATION EN RAPPORT AVEC L'IMPORTANCE RELATIVE DES MANDATS ET CELLE DES POUVOIRS.



5.3.1 La santé

La Commission pose tout d'abord deux objectifs fondamentaux à l'élaboration d'une politique complète de la santé (R.C. 1970 IV (2): 14-17):

> "-Améliorer l'état de santé de la population;
> -Améliorer l'état du milieu."

Les auteurs du rapport mentionnent également que si l'on veut atteindre ces deux objectifs, il faut sans retard établir au Québec un régime de la santé accessible à tous, qui offre des soins de qualité et qui, sans négliger l'efficacité, respecte la personne humaine (R.C. 1970 IV (2): 18).

Pour atteindre ces objectifs, il est essentiel (R.C. 1970 IV (2): 53):

> "1) que les pouvoirs de décision de divers niveaux du régime correspondent à leur tâche;
>
> 2) qu'on situe l'orientation et la planification à moyen et long terme de l'activité du régime à un niveau qui commande suffisamment de ressources pour être souple et qui soit à la fois assez près des problèmes pour les reconnaître rapidement et agir en conséquence;"

Au cours de ses travaux, la Commission s'est également rendu compte que les besoins variaient grandement selon les zones et les régions du Québec. Cette diversité entraîne des exigences différentes de la population que le régime de la santé doit respecter dans l'organisation et la distribution des soins. C'est pourquoi la Commission opte pour une régionalisation et une décentralisation du régime (R.C. 1970 IV (2): 53-54):

> "La régionalisation du régime de la santé correspond à la conception globale, à la planification intégrée et à la coordination de ses fonctions multiples dans un territoire géographique délimité. Si l'on veut qu'elle atteigne ses objectifs, la régionalisation doit postuler la décentralisation des décisions relatives au développement et au fonctionnement du régime de manière à ce qu'elles soient adaptées aux conditions particulières du territoire."

Pour assurer la réalisation de cette décentralisation, la Commission recommande qu'elle s'effectue sur la base de trois régions. Chacune comprend, entre autres, un organisme habilité à accomplir des tâches de planification, de soutien et de contrôle administratif (mais non professionnel) : l'office régional de la santé (ORS). La Commission lui reconnaît un ensemble de "fonctions" et de "pouvoirs" (tableau 5).

Ces différentes "fonctions" et "pouvoirs" peuvent être classifiés à l'intérieur de la grille d'analyse (Tableau 6). L'une des premières constatations est l'importance des activités de commandement pour décrire ces activités des ORS. De plus il faut noter que la Commission octroie de nombreux mandats aux niveaux les plus importants : il revient aux ORS d'établir une programmation et une planification régionale du secteur de la santé et d'édicter pour son territoire des règlements précis (niveau 5); les ORS jouent également un rôle déterminant quant à la création et la mise en tutelle des établissements (niveau 4).

Bref il ressort clairement que la volonté de la Commission est véritablement de créer un palier régional "puissant" nanti des moyens nécessaires à l'exercice du commandement sur les organismes de santé de son territoire. Quant à la composition du conseil d'administration (Tableau 7), il faut surtout retenir la place importante (30%) réservée aux représentants de la population.

Parallèlement la Commission recommande la mise sur pied de conseils régionaux de la santé (CRS), organismes aviseurs visant quatre objectifs principaux (R.C. 1970 IV (2): 69-70):

> "1) Restituer la souveraineté des citoyens sur les champs d'action;
> 2) Fournir un canal d'expression à ceux qui sont "sans voix;
> 3) Pallier les inconvénients inhérents à l'organisation bureaucratique;
> 4) Constituer la "conscience" extérieure de l'organisation."

TABLEAU 5. LES MANDATS DEVOLUS AUX OFFICES REGIONAUX DE LA SANTE (ORS) DANS LE RAPPORT DE LA COMMISSION D'ENQUETE SUR LA SANTE ET LE BIEN-ETRE SOCIAL (1970)

FONCTIONS

F1 Etablir une programmation et une planification régionale du secteur de la santé après évaluation des renseignements colligés;

F2 Organiser la distribution régionale des soins en accord avec les normes provinciales;

F3 Approuver les plans d'immobilisations de tous les établissements y compris ceux des universités et des CHU quant aux installations de santé;

F4 Proposer et administrer le budget régional de la santé, à partir de l'enveloppe financière annuelle mise à sa disposition par le ministère de la Santé, dans le cadre des crédits votés par l'Assemblée nationale;

F5 Fournir aux organismes de distribution des soins divers services techniques;

F6 Elaborer pour eux une politique générale d'achat;

F7 Permettre à ceux-ci de mettre en place divers services communs;

F8 Exécuter, dans son territoire et pour le compte du ministère de la Santé, les activités nécessaires à la réalisation des politiques gouvernementales de la santé publique relatives au milieu, telles l'inspection des établissements commerciaux et industriels, l'inspection des aliments, le contrôle de la pollution, etc.;

F9 Evaluer, en collaboration avec l'université, les résultats obtenus par les programmes régionaux de santé et par les diverses unités de distribution des soins;

F10 Collaborer, avec la direction générale de la planification et de la recherche du ministère de la Santé, dans ses projets de recherche opérationnelle et de recherche appliquée

POUVOIRS

P1 Autoriser la formation des CCS* de la région et le cas échéant, de découper leur aire territoriale, conformément aux normes provinciales;

P2 Prescrire à ceux-ci les normes administratives de régie dans la réalisation de leurs objectifs;

P3 Contrôler la conformité de leurs activités à ces normes;

P4 Mettre en tutelle les CCS* qui ne s'acquittent pas efficacement de leurs responsabilités;

P5 Prendre en charge, au besoin, la création de certains CLS*;

P6 Edicter pour son territoire, dans le cadre de la politique provinciale de la santé publique, des règlements précis quant au milieu et aux produits;

P7 Recevoir du gouvernement du Québec et mettre à la disposition des CCS et des CHU** les sommes consacrées, dans son territoire, au fonctionnement du régime de la santé;

* CCS: centres communautaires de santé, correspondant d'une façon générale aux établissements hospitaliers alors existants
* CLS: centres locaux de santé, unité de distribution des soins généraux.
**CHU: Centre hospitalier universitaire

TABLEAU 5 (suite)

P8	Emprunter les sommes indispensables à la poursuite de ses objectifs: projet d'immobilisations, amélioration de l'équipement, etc.;
P9	Faire les expropriations utiles à la poursuite de ses objectifs;
P10	Acheter et revendre, à titre de grossiste, les biens d'équipement et de consommation dont les CLS, les CCS et les CHU ont besoin;
P11	Créer une banque de personnel (de toutes catégories) où ces établissements pourront puiser;
P12	Conclure, avec ces mêmes établissements, des contrats aux termes desquels ils s'engagent à réaliser les buts qu'elle leur assigne, en contrepartie d'une somme forfaitaire annuelle qu'elle leur octroie.

TABLEAU 6. IMPORTANCE RELATIVE DES MANDATS CONFIES AUX OFFICES REGIONAUX DE LA SANTE (ORS) DANS LE RAPPORT DE LA COMMISSION D'ENQUETE SUR LA SANTE ET LE BIEN-ETRE SOCIAL (1970)

PEU → IMPORTANCE DES POUVOIRS → BEAUCOUP

PEU ↓ IMPORTANCE DES MANDATS ↓ BEAUCOUP

MANDATS, FONCTIONS CONCERNANT:	TYPES DE POUVOIR		
	PRESSION	GESTION	COMMANDEMENT
1 L'INFORMATION CIRCULANTE NON-FINALISANTE (RESSOURCES INFORMATIONNELLES QUI NE DEFINISSENT PAS LES ORIENTATIONS ET LA NATURE DU RESEAU DES AFF. SOC.)	F10		
2 LES RESSOURCES HUMAINES ET MATERIELLES DES ETABLISSEMENTS, LEUR CLIENTELE, PROGRAMMES ET SERVICES		F2 F5 F9 P10	F3 F6 F7 F8 P9 P11
3 DETERMINATION ET/OU REPARTITION DES RESSOURCES MONETAIRES (BUDGETAIRES)	F4 (proposer)	F4 (administrer) P7 P8	
4 LA CREATION, LA FUSION, L'ABOLITION DES ETABLISSEMENTS			P1 P4 P5
5 L'INFORMATION STRUCTURANTE (DEFINITION DES OBJECTIFS, IMPOSITION DES FINALITES VERS LESQUELLES LES AUTRES MOYENS DEVRONT ETRE MOBILISES)	.		F1 P2 P3 P6 P12

TABLEAU 7. LES DIFFERENTES PROPOSITIONS POUR LA COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION.

RAPPORT DE LA COMMISSION CASTONGUAY-NEPVEU	
OFFICE REGIONAL DE LA SANTE	OFFICE REGIONAL DES SERVICES SOCIAUX
21 membres 3 nommés par le Gouvernement du Québec 2 par l'université 3 par le ou les CHU 6 par l'ensemble des CLS et des CCS 6 par la population 1 directeur général	15 membres 2 nommés par le Ministre 6 par la Conférence régionale des établissements de services sociaux 7 par la population

PREMIER PROJET DE LOI 65 (1971)	LOI 65 (1971)
21 membres 1 directeur général et 20 autres membres nommés pour 3 ans par le lieutenant-gouverneur en conseil après consultation, dans la région pour laquelle l'office est constitué pour: 2 de ces membres, des universités 3 des CLSC 3 des CH 3 des CSS 3 des CA 6 des groupes socio-économiques	22 membres 1 directeur général et 21 autres membres nommés pour 2 ans: 4 membres élus par les maires 2 nommés par le lieutenant gouverneur en conseil après consultation des groupes socio-économiques 2 par les universités 1 par les CEGEP 3 par les CLSC 3 par les CH 3 par les CSS 3 par les CA

TABLEAU 7. SUITE

PREMIER PROJET DE LOI 27 (1981)	LOI 27 (1981)
14 membres dont: 1 directeur général Ces membres doivent résider ou ordinairement occuper un emploi dans la région pour laquelle le conseil régional est institué. Les membres sont nommés pour 3 ANS de la façon suivante: 2 par les maires des municipalités (élus) 3 par le ministre après consultation des groupes socio-économiques 1 par les CH 1 par les Conseils de médecins et dentistes (...) et choisi parmi leurs membres 1 par les CLSC 1 par les CSS 1 par les CA 1 par les universités 1 par les CEGEP 1 par les organismes bénévoles de la région oeuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux A défaut de l'une de ces catégories d'organismes dans la région ou si l'élection ou la nomination d'un membre n'a pas lieu, le ministre fait la nomination après consultation du conseil d'administration du conseil régional.	15 membres dont: 1 directeur général Ces membres doivent résider ou occuner ordinairement un emploi dans la région pour laquelle le conseil régional est constitué. Les membres sont nommés pour 3 ANS de la façon suivante: 1 par les directeurs généraux des établissements de cette région et choisi parmi ceux-ci 2 par les maires des municipalités (élus) 3 par le ministre après consultation des groupes socio-économiques 1 par les CH 1 par les Conseils de médecins et dentistes (...) et choisi parmi leurs membres 1 par les CLSC 1 par les CSS 1 par les CA 1 par les universités 1 par les CEGEP 1 par les organismes bénévoles de la région oeuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux. A défaut de l'une de ces catégories d'organismes dans la région ou si l'élection ou la nomination d'un membre n'a pas lieu, le ministre fait la nomination après consultation du conseil d'administration du conseil régional.

La Commission explique la nécessité de la décentralisation en des termes non équivoques (R.C. 1970 IV (2): 94, 137):

> "La présence d'un organisme régional de santé permet la centralisation des décisions qui concernent plus d'un seul centre de santé et qui doivent être prises à la lumière d'une certaine complémentarité des établissements et des services. Mais chose plus importante encore elle situe cette centralisation et cette fonction de coordination à un niveau proche des décisions quotidiennes relatives au fonctionnement des services.
>
> (...) Le but d'un système décentralisé est essentiellement de favoriser les décisions là où l'information est la plus efficacement utilisée et où les problèmes sont étudiés et résolus le plus rapidement et le plus efficacement possible, tant au point de vue de la qualité des soins que de l'efficacité économique du système (...) Une trop grande centralisation des interventions injustifiées rendent impossible le recrutement d'administrateurs compétents aux paliers régional et local, et illusoire toute tentative de réelle planification du régime de la santé. De plus, il apparaît essentiel que le ministre (...) et ses hauts fonctionnaires ne s'immiscent pas dans les problèmes particuliers de chaque région et les décisions d'administration quotidienne, afin de concentrer leurs énergies sur les tâches de direction générale du régime (...)."

5.3.2 Les services sociaux

Dans ce domaine, la Commission identifie deux secteurs d'intervention: les services sociaux aux personnes inadaptées ou handicapées et les services sociaux aux communautés inorganisées, désintégrées ou organisées (R.C. 1972 VI (2): 13-17). Elle suggère (R.C. 1972 VI (2): 439):

> "Que la conception et l'organisation du système de services sociaux s'inspirent des principes suivants:
>
> a) la participation consultative des citoyens, afin de connaître leurs besoins;
> b) la participation décisionnelle des personnes et des groupes concernés à l'élaboration des projets et des programmes."

La Commission propose donc un scénario similaire à celui développé pour le domaine de la santé: une régionalisation et une décentralisation des décisions relatives au développement et au fonctionnement du régime.

Pour les services sociaux cependant, il est proposé que le territoire du Québec soit divisé en dix régions de services sociaux correspondant aux dix régions administratives constituées par l'arrêté en conseil no 524 du 29 mars 1966 (R.C. 1972 VI (2): 441). La Commission suggère également de partager la région métropolitaine de Montréal en trois sous-régions.

Un office régional des services sociaux (ORSS) est constitué dans chacune de ces régions. Ses fonctions et pouvoirs (Tableau 8) peuvent être classés à l'intérieur de la grille d'analyse (Tableau 9). Le même genre de remarques que dans le cas des ORS s'applique: importance relative des pouvoirs de commandement, principalement au niveau 5 de la grille, les mandats se situant à tous les niveaux de la grille.

En ce qui concerne la composition du conseil d'administration de l'ORSS (Tableau 7), la place prépondérante (45%) faite aux représentants de la population est à souligner.

Par ailleurs la Commission recommande la mise sur pied de conseils régionaux des services sociaux (CRSS), organismes ayant pour rôle d'assister l'ORSS dans ses fonctions de planification et de programmation. Elle prévoit également la création de Conférences régionales des établissements de services sociaux pour assister l'ORSS dans l'élaboration des programmes régionaux (R.C. 1972 VI (2): 444-445).

En résumé, la Commission recommande, tant dans le domaine de la santé que dans celui des services sociaux, la mise en place d'organismes régionaux assez semblables, ayant des mandats relativement importants et pour la plupart dans la ligne du commandement et ce au détriment des établissements et organismes déjà existants, qui eux ne gagnent que quelques sièges au conseil d'administration de l'ORS et de l'ORSS. Parallèlement à la mise en place de ces offices régionaux "puissants", la Commission fait une large place à la participation de la population, tant au sein des organismes décideurs (ORS, ORSS) qu'au sein des organismes consultatifs (CRS, CRSS).

TABLEAU 8. MANDATS DEVOLUS AUX OFFICES REGIONAUX DES SERVICES SOCIAUX (ORSS) DANS LE RAPPORT DE LA COMMISSION D'ENQUETE SUR LA SANTE ET LE BIEN-ETRE SOCIAL (1972)

FONCTIONS

F1 Constituer le dossier complet de sa région et établir une planification et une programmation en fonction des besoins régionaux;

F2 Pourvoir à l'organisation et au fonctionnement des centres de distribution des services sociaux sur son territoire (services sociaux à la personne et aux communautés), selon et à même les sommes mises à sa disposition, à cet effet, par le ministère des Services sociaux, et compte tenu des contributions des usagers, dont la perception est autorisée par la loi.

POUVOIRS

P1 Autoriser la création des établissements de services sociaux dans sa région et, le cas échéant, désigner leur aire territoriale;

P2 Prescrire les normes administratives de régie auxquelles ils sont soumis, dans la réalisation de leurs objectifs;

P3 Recommander la mise en tutelle des établissements de services sociaux dont l'activité est contraire à l'intérêt public et se révèle incompatible avec les normes en vigueur;

P4 Recevoir du gouvernement du Québec et mettre à la disposition des établissements de toutes catégories, des centres de distribution des services d'adaptation et de la section de l'assistance aux communautés les sommes consacrées, dans son territoire, au fonctionnement du système des services sociaux;

P5 Emprunter les sommes indispensables au financement de projets d'immobilisations, d'achats divers, etc., en conformité avec les objectifs poursuivis;

P6 Requérir des autorités responsables les expropriations utiles à la poursuite de ses objectifs;

P7 Conclure, avec les établissements de son territoire, des contrats en vertu desquels ces derniers s'engagent, d'une part, à atteindre les buts fixés, selon des normes édictées, et, d'autre part, à percevoir, le cas échéant, une contribution des usagers.

Tableau 9. IMPORTANCE RELATIVE DES MANDATS CONFIES AUX OFFICES REGIONAUX DES SERVICES SOCIAUX (ORSS) DANS LE RAPPORT DE LA COMMISSION D'ENQUETE SUR LA SANTE ET LE BIEN-ETRE SOCIAL (1972)

PEU → IMPORTANCE DES POUVOIRS → BEAUCOUP

PEU → IMPORTANCE DES MANDATS → BEAUCOUP

	MANDATS, FONCTIONS CONCERNANT:	TYPES DE POUVOIR		
		PRESSION	GESTION	COMMANDEMENT
1	L'INFORMATION CIRCULANTE NON-FINALISANTE (RESSOURCES INFORMATIONNELLES QUI NE DEFINISSENT PAS LES ORIENTATIONS ET LA NATURE DU RESEAU DES AFF. SOC.)		F1 (constituer)	
2	LES RESSOURCES HUMAINES ET MATERIELLES DES ETABLISSEMENTS, LEUR CLIENTELE, PROGRAMMES ET SERVICES		F2 P6	
3	DETERMINATION ET/OU REPARTITION DES RESSOURCES MONETAIRES (BUDGETAIRES)		P4 P5	
4	LA CREATION, LA FUSION, L'ABOLITION DES ETABLISSEMENTS	P3		P1
5	L'INFORMATION STRUCTURANTE (DEFINITION DES OBJECTIFS, IMPOSITION DES FINALITES VERS LESQUELLES LES AUTRES MOYENS DEVRONT ETRE MOBILISES)	.		F1 (établir) P2 P7

5.4 La Loi sur les services de santé et les services sociaux de 1971

5.4.1 La première version du projet de Loi 65 (1971)

Le projet de loi sur les services de santé et les services sociaux est déposé en 1ère lecture le 8 juillet 1971. Le ministère des Affaires sociales, résultat de la fusion en 1970 entre le ministère de la Santé et celui de la Famille et du Bien-être social, retient le postulat de la nécessité d'une régionalisation et d'une décentralisation mais propose pour ce faire la création d'organismes très différents de ceux proposés par la Commission Castonguay-Nepveu.

Le projet de loi 65 propose, entre autres, la création d'offices régionaux des affaires sociales (ORAS), sorte d'organismes hybrides issus de la fusion de l'ORS, de l'ORSS, du CRS et du CRSS. Le territoire du Québec est divisé en douze régions inégalement dotées en ressources socio-sanitaires, chacune comprenant un ORAS. C'est le lieutenant-gouverneur en conseil qui a le pouvoir de créer un office et c'est également lui qui nomme tous les membres du conseil d'administration (Tableau 7).

Dans sa première version le projet de loi 65 ne retient pas l'idée des conseils régionaux de la santé ou des services sociaux ni des conseils consultatifs des établissements du rapport Castonguay-Nepveu.

L'ORAS possède un ensemble de fonctions et pouvoirs (tableaux 10 et 11) qui a très peu à voir avec ceux recommandés par la Commission pour les ORS et les ORSS. La comparaison des grilles d'analyse de chacun de ces organismes est très éloquente: les pouvoirs de pression ont beaucoup augmenté et le Ministère se contente de confier des mandats relativement peu importants: la plupart des mandats confiés sont rattachés aux deux premiers niveaux de la grille. Les ORAS n'ont plus aucun pouvoir de gestion ou de commandement en ce qui concerne les ressources monétaires, la création, la fusion et l'abolition d'établissements. Par contre ils ont à réglementer l'activité des institutions et sont impliqués dans les plans de développement quinquennaux (niveau 5). Ils n'approuvent plus les

TABLEAU 10. MANDATS DEVOLUS AUX OFFICES REGIONAUX DES AFFAIRES SOCIALES (ORAS) DANS LA PREMIERE VERSION DU PROJET DE LOI 65 SUR LES SERVICES DE SANTE ET LES SERVICES SOCIAUX, (1971).

FONCTIONS	
ART.	
4a	Assurer des communications soutenues entre le public, le ministre et les institutions établies dans la région pour laquelle il est institué;
4b	Conseiller le ministre au sujet de ces institutions;
$4c_1$	Collaborer avec le ministre à l'élaboration des programmes de développement de ces institutions;
$4c_2$	Collaborer avec le ministre à l'élaboration des programmes de financement de ces institutions;
4d	Surveiller et réglementer l'activité de ces institutions conformément à la présente loi et aux règlements;
4e	Accomplir les devoirs et exercer les pouvoirs qui lui sont dévolus en vertu de la loi ou qui lui sont assignés par le lieutenant-gouverneur en conseil.
POUVOIRS	
5	Tout office doit, aussi souvent qu'il le juge à propos et chaque fois que le ministre l'en requiert, adresser ses recommandations au ministre afin d'assurer:
5a	une répartition adéquate sur son territoire des ressources consacrées aux services de santé et aux services sociaux;
5b	une intégration équilibrée des services de santé et des services sociaux aux milieux qu'ils desservent;
5c	la meilleure utilisation possible des ressources disponibles et le meilleur contrôle possible des coûts et de la qualité des services;
6	Le ministre est autorisé à préparer chaque année, après consultation de chacun des offices, un programme de développement pour les cinq années suivantes, divisé en tranches annuelles. Chaque office doit transmettre chaque année au ministre ses projets quinquennaux de développement avant la date qu'il indique; il doit aussi transmettre au ministre tout renseignement que celui-ci requiert.

TABLEAU 11. IMPORTANCE RELATIVE DES MANDATS CONFIES AUX OFFICES REGIONAUX DES AFFAIRES SOCIALES (ORAS) DANS LA PREMIERE VERSION DU PROJET DE LOI SUR LES SERVICES DE SANTE ET LES SERVICES SOCIAUX, LOI 65 (1971).

PEU → IMPORTANCE DES POUVOIRS → BEAUCOUP

PEU

IMPORTANCE DES MANDATS

BEAUCOUP

MANDATS, FONCTIONS CONCERNANT:	TYPES DE POUVOIR		
	PRESSION	GESTION	COMMANDEMENT
1 L'INFORMATION CIRCULANTE NON-FINALISANTE (RESSOURCES INFORMATIONNELLES QUI NE DEFINISSENT PAS LES ORIENTATIONS ET LA NATURE DU RESEAU DES AFF. SOC.)	4b	4a	
2 LES RESSOURCES HUMAINES ET MATERIELLES DES ETABLISSEMENTS, LEUR CLIENTELE, PROGRAMMES ET SERVICES	$4c_1$ 5a 5b 5c	4d (surveiller)	
3 DETERMINATION ET/OU REPARTITION DES RESSOURCES MONETAIRES (BUDGETAIRES)	$4c_2$		
4 LA CREATION, LA FUSION, L'ABOLITION DES ETABLISSEMENTS	6 (être consulté)	6 (transmettre)	4d (réglementer)
5 L'INFORMATION STRUCTURANTE (DEFINITION DES OBJECTIFS, IMPOSITION DES FINALITES VERS LESQUELLES LES AUTRES MOYENS DEVRONT ETRE MOBILISES)	.		

NOTE: De par sa nature même, l'article 4e ne peut être inclus dans la grille.

plans d'immobilisation des établissements, ne proposent et n'administrent plus le budget régional, n'ont plus de fonctions d'évaluation ni de recherche. En résumé l'augmentation de l'emprise du palier politique via la nomination de tous les membres du c.a. de l'ORAS par le lieutenant-gouverneur en conseil peut être souligné de même que la réduction de l'ouverture de l'appareil administratif sur le milieu et la disparition presque complète de pouvoirs de décision au profit de pouvoirs de recommandation auprès du ministre. Enfin une dernière remarque (Lemieux 1974: 24):

> "(...) ce que les offices perdent en commandement sur les ressources matérielles, les établissements le gagnent en moyen de pression officieux auprès du Ministère."

Les réactions en commission parlementaire à la première version du projet de loi furent nombreuses, et parfois violentes. Les associations d'établissements, comme l'Association des hôpitaux de la province de Québec, réclament une véritable délégation de pouvoirs aux ORAS et paradoxalement, une plus grande autonomie pour eux-mêmes. Ils demandent de réduire les pouvoirs de réglementation confiés aux offices et de leur retirer les pouvoirs d'enquête que le législateur veut leur confier. Enfin, ils veulent pouvoir nommer eux-mêmes leurs représentants au sein du conseil d'administration de l'ORAS. Les petits établissements ou organismes privés se refusent à être intégrés au réseau. Quant aux groupes professionnels et spécialisés, ils s'objectent violemment aux pouvoirs d'enquête sur les actes professionnels (1), dénoncent le danger de politisation des ORAS et le manque de représentativité de leurs membres au sein du conseil d'administration.

---

(1) Il serait sans doute bon de noter ici que le ministre a déjà annoncé le projet de loi sur le Code des professions au moment où les mémoires sur le projet de loi 65 sont discutés en Commission parlementaire. La crainte des professionnels de voir disparaître certains de leurs privilèges n'est peut-être pas étrangère à la vigilance qu'ils manifestent devant leurs prérogatives que menacent les pouvoirs d'enquête des Offices régionaux des affaires sociales (Lemieux 1974: 30).

Le ministre Castonguay justifie alors la timidité de son projet de loi du point de vue de la décentralisation en invoquant l'inexistence d'un système de taxation locale et d'un système d'élection des responsables de l'administration des fonds publics; il constate également le manque de personnel compétent pour assumer une décentralisation plus poussée, le mauvais rendement des hôpitaux et la nécessité de contrôler dans l'immédiat la hausse des coûts.

Les commentaires émis sur la première version du projet de loi incitèrent le Ministre à modifier profondément le rôle de cet organisme régional.

5.4.2 La seconde version du projet de loi 65 (1971) et son adoption

La version proposée en seconde lecture, qui sera à peu de choses près celle qui sera adoptée, s'éloigne encore davantage des recommandations émises par la Commission Castonguay-Nepveu.

Cette version ne parle plus d'office régional mais de conseil régional de la santé et des services sociaux (CRSSS). Les fonctions et pouvoirs de ceux-ci (Tableau 12) se situent très peu dans la ligne du commandement, comme précédemment (Lemieux 1974: 33):

> "Alors que les offices régionaux de la première version conservaient quelques pouvoirs qui leur assuraient une place dans la ligne du commandement, les organismes régionaux du second projet seront relégués à la marge de ces activités. Ils deviennent des CRSSS plus ouverts sur le milieu mais avec moins de pouvoirs administratifs que les ORAS."

L'analyse à l'aide de la grille (Tableau 13) confirme ces propos. En effet peu d'articles de loi situent l'activité des conseils régionaux dans la ligne du commandement. De plus la plupart de ces activités confine les CRSSS à un rôle de surveillant beaucoup plus qu'à un rôle de véritable preneur de décision. Enfin l'ensemble des mandats

TABLEAU 12. MANDATS DEVOLUS AUX CONSEILS REGIONAUX DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX (CRSSS) TELS QU'ENONCES DANS LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTE ET LES SERVICES SOCIAUX, LOI 65 (1971).

ART. (résumé)	
$16a_1$	De susciter la participation de la population à la définition de ses propres besoins (...);
$16a_2$	De susciter la participation de la population à l'administration et au fonctionnement des établissements qui dispensent ces services;
16b	D'assurer des communications soutenues entre le public, le ministre et les établissements;
$16c_1$	De recevoir et d'entendre les plaintes (...);
$16c_2$	De faire les recommandations à l'établissement et au ministre;
16d	De conseiller et assister les établissements dans l'élaboration de leurs programmes de développement et de fonctionnement (...);
16e	De promouvoir la mise en place de services communs, l'échange de services entre les établissements, l'élimination des dédoublements de services et une meilleure répartition des services dans la région;
16f	D'adresser au ministre, au moins une fois par année, ses recommandations au sujet de la répartition des ressources (...) et de l'utilisation des ressources disponibles;
17	De réglementer et de surveiller l'élection des membres des c.a. des établissements, lorsque la présente loi pourvoit à une telle élection;
38	Faire rapport au ministre de son activité au plus tard le 31 décembre (...);
55	Le CRSSS, ou à son défaut le ministre, procède à la nomination, si l'élection ou la nomination d'un membre d'un c.a. n'a pas lieu;
87	Le CRSSS est le dépositaire des contrats de services professionnels qui ne sont valides que par leur dépôt au CRSSS;
89	Tout établissement public doit tenir au moins 1 fois par année une séance d'information. Mode de convocation et procédure déterminés par le CRSSS.

TABLEAU 13. IMPORTANCE RELATIVE DES MANDATS CONFIES AUX CONSEILS REGIONAUX DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX (CRSSS) TELS QU'ENONCES DANS LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTE ET LES SERVICES SOCIAUX, LOI 65 (1971).

PEU → IMPORTANCE DES POUVOIRS → BEAUCOUP

PEU

IMPORTANCE DES MANDATS

BEAUCOUP

MANDATS, FONCTIONS CONCERNANT:	TYPES DE POUVOIR		
	PRESSION	GESTION	COMMANDEMENT
1 L'INFORMATION CIRCULANTE NON-FINALISANTE (RESSOURCES INFORMATIONNELLES QUI NE DEFINISSENT PAS LES ORIENTATIONS ET LA NATURE DU RESEAU DES AFF. SOC.)	$16a_1$ $16a_2$ $16c_2$	$16b$ $16c_1$ 38	
2 LES RESSOURCES HUMAINES ET MATERIELLES DES ETABLISSEMENTS, LEUR CLIENTELE, PROGRAMMES ET SERVICES	16d 16e 16f	17 (surveiller) 87	17 (réglementer) 55 89
3 DETERMINATION ET/OU REPARTITION DES RESSOURCES MONETAIRES (BUDGETAIRES)			
4 LA CREATION, LA FUSION, L'ABOLITION DES ETABLISSEMENTS			
5 L'INFORMATION STRUCTURANTE (DEFINITION DES OBJECTIFS, IMPOSITION DES FINALITES VERS LESQUELLES LES AUTRES MOYENS DEVRONT ETRE MOBILISES)			

confiés aux conseils régionaux se situe aux deux premiers niveaux de la grille, soit ceux de l'information circulante non-finalisante (susciter la participation de la population, assurer des communications, recevoir et entendre les plaintes, etc.) et des ressources humaines et matérielles (conseiller et assister les établissements, promouvoir l'échange des services, etc.). Les activités reliées à ces deux niveaux sont relativement peu importantes par rapport à celles des autres niveaux.

Par ailleurs la composition du conseil d'administration du CRSSS (Tableau 7) est différente de celle proposée dans la première version sur trois points importants: ce n'est plus le lieutenant-gouverneur en conseil qui nomme l'ensemble des membres; les maires sont représentés par quatre membres; les groupes socio-économiques voient le nombre de leurs représentants passer de six à deux. Par rapport aux recommandations de la Commission, la principale différence réside dans la représentativité de la population: de six membres à deux, nommés maintenant par le lieutenant-gouverneur en conseil parmi les groupes socio-économiques de la région et non plus par la population.

En présentant le projet de loi en deuxième lecture, le ministre des Affaires sociales précise (Journal des Débats 1971: 5078-5085):

> "Je reviens très brièvement sur le fait que la mise en place de ces conseils régionaux qui ont un rôle consultatif, un rôle de promotion, un rôle de participation, mais qui n'ont pas de pouvoirs de décision ou de pouvoirs administratifs au sens strict - sera accompagnée d'un effort du Ministère portant sur la mise en place du personnel administratif au plan régional, de telle sorte qu'il sera possible de continuer de poursuivre l'objectif que j'ai mentionné précédemment, qui est celui de la décentralisation au plan régional (...). Les autres aspects aux plans administratif et financier - je pourrais terminer sur cela avant la suspension des travaux, très brièvement - c'est la mise en place, au ministère des Affaires sociales, d'un personnel administratif régional, avec des responsabilités précises. Ceci en parallèle avec la création des conseils régionaux de la santé et des services sociaux proposés par le projet de loi no 65. Déjà, nous avons précisé ce que devraient être les mandats, les rôles, les responsabilités de ces responsables au plan régional. Nous entendons maintenant passer à l'étape du développement de cette présence administrative du Ministère dans chacune des régions. Cela sera fait en vue d'une étape ulté-

> rieure au cours de laquelle nous pourrons atteindre une véritable décentralisation, telle que proposée par la commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, objectif que nous retenons, mais qu'il ne nous paraît pas possible de viser, de façon directe et immédiate, présentement."

Le projet de loi a été adopté en troisième lecture le 24 décembre 1971. Les articles concernant les fonctions et pouvoirs des conseils régionaux se formulaient essentiellement comme dans la version de seconde lecture.

Au début de 1972, le ministère des Affaires sociales crée un groupe ministériel qui voit à mettre sur pied des missions régionales ayant mandat de veiller à la formation des conseils d'administration des CRSSS. Cette étape est complétée en novembre 1972.

La lecture des rapports annuels des conseils régionaux pour les années 1972 et 1973 indique que ceux-ci se sont acquittés dans les délais prévus de leur premier mandat: l'organisation des élections des membres des conseils d'administration des établissements. Le lecteur intéressé à une description détaillée de la façon dont les CRSSS se sont acquittés de cette tâche lira avec intérêt la recherche de Lemieux (1974) à ce propos.

5.5 Principaux mandats confiés aux CRSSS 1973-1979 (1)

Le 20 février 1973, soit à peine cinq mois après leur mise sur pied, le MAS demande aux CRSSS de faire un inventaire des activités et des besoins dans les domaines de la santé et des services sociaux de leur territoire.

---

(1) Depuis leur création, les CRSSS se sont vu attribuer un nombre impressionnant de mandats. Il est apparu nécessaire de limiter l'exposé afin de ne pas embarrasser le lecteur de détails qui risqueraient de lui faire perdre de vue l'évolution du processus de décentralisation. La présente section relèvera essentiellement les mandats qui semblent les plus importants dans l'optique de la décentralisation. Ces mandats furent confiés par l'intermédiaire de circulaires, directives et normes de gestion. L'annexe 1 contient une liste d'autres mandats confiés à certains CRSSS qui ne sont pas étudiés dans le cadre de la présente recherche et qui, de notre point de vue, n'apporteraient rien de plus à l'analyse.

Le document demande également aux conseils de répertorier les services d'urgence et de définir les besoins dans ce secteur d'activité à la lumière des recommandations du comité du "Système de services d'urgence" de la direction de la Programmation du MAS et d'un document de travail produit par cette même direction.

Le 22 mars 1974, le Ministère confie aux CRSSS l'élaboration et l'implantation d'un système d'achat de groupe pour les établissements de leur région respective.

Jusque-là aucune prérogative gouvernementale n'a été déléguée aux conseils régionaux (Hamel 1981 : 204). Le mandat émis le 28 mai 1975 par le Cabinet du sous-ministre est le premier déléguant une certaine responsabilité aux conseils régionaux (INF-74-1975):

> "Dans un effort de décentralisation et afin d'alléger le processus décisionnel, le ministre des Affaires sociales annonçait, le 19 décembre dernier, sa décision de faire assumer, par les Conseils régionaux de la santé et des services sociaux, le contrôle d'opportunité quant aux demandes de réparations et rénovations mineures dont les coûts seraient inférieurs à 50 000,00$.
>
> Ce contrôle s'exercera à partir de l'étude complète des demandes. Lorsqu'une demande sera jugée opportune et acceptable, le Conseil régional de la santé et des services sociaux communiquera par écrit, à l'établissement concerné, l'autorisation de faire des travaux.. Après leur exécution et la vérification des pièces justificatives, on recommandera le paiement au ministère des Affaires sociales".(...)

Par ailleurs, en janvier 1976 le MAS émettait la norme et pratique de gestion 30-00-05 entrant en vigueur le 1er avril 1976. Celle-ci spécifiait que le Ministère ne traiterait plus de demandes individuelles des établissements relatives au mandat contenu dans la circulaire INF-74-1975 avant que les CRSSS ne lui en aient recommandé l'étude.

En février 1976, le ministre des Affaires sociales annonce une série de mesures dont l'un des objectifs est le freinage de l'augmentation

des coûts de la santé. L'une de ces mesures est contenue dans une circulaire et concerne le financement des immeubles et de l'équipement des centres hospitaliers publics (NP-4-1976):

> "(...) la responsabilité de l'autorisation et du financement des projets de construction et réaménagement et des demandes d'équipement inférieures à un million de dollars s'effectuera à même les revenus des CH publics. Le paiement de ces demandes s'effectuera à même les revenus tirés des suppléments de chambres individuelles et semi-individuelles. (...) Le CRSSS pourra financer les requêtes qu'il aura retenues selon les critères et normes établis par le MAS, jusqu'à concurrence de 80% des coûts impliqués. (...) Pour assurer le financement de ces opérations, les CH sont désormais tenus de verser 45% des revenus de supplément de chambres au CRSSS de leur région et 10% au MAS pour fins de péréquation inter-régionale (...)"

Le 24 mars 1977 le MAS émet une série de mandats portant spécifiquement sur la décentralisation de certaines activités du Ministère. La circulaire INF-35-1977 expose la problématique générale de la décentralisation. On y mentionne que le MAS conservera les activités concernant la définition des orientations, objectifs, priorités (niveau 5) et enfin les budgets (niveau 3) au niveau provincial, la définition des vocations des établissements (niveau 4), de même qu'un rôle d'évaluation et de contrôle à posteriori des activités et de l'utilisation des ressources. Cette circulaire précise de plus que le MAS veut confier certaines responsabilités aux établissements, notamment en ce qui concerne leur gestion interne. Enfin le Ministre confie aux CRSSS(1) le mandat de mettre sur pied des commissions administratives régionales chargées de l'organisation, de la mise en commun de services et du partage des ressources régionales entre les établissements et ce principalement pour trois secteurs: les CLSC (NP-1-1977), la mésadaptation sociale (NP-2-1977) et les services psychiatriques de courte et de longue durée (NP-3-1977).

---

(1) En fait c'est par le projet de loi 10, adopté en novembre 1977, que le gouvernement donne aux CRSSS le pouvoir de créer, par règlement, toutes les commissions administratives nécessaires à la poursuite de leurs fins.

Ces commissions administratives, de même que celles qui seront mises sur pied par la suite, doivent être créées par le CRSSS par un règlement nécessitant l'approbation du Ministère. Leur pouvoir en est un de recommandation, comme l'indique le sous-ministre des Affaires sociales dans une lettre aux directeurs généraux des CRSSS datée du 3 octobre 1977.

A la fin d'octobre 1977, le Ministère confie aux conseils régionaux le mandat d'étudier les demandes d'immobilisations et d'équipement de 250 000,00$ et moins, en provenance des établissements de services sociaux (NP-8-1977). C'est en fait l'extension du mandat contenu dans la circulaire INF-74-1975. Il leur confie également un mandat spécial (INF-127-1977):

> "Dans le cadre du programme gouvernemental de stimulation de l'économie et de soutien de l'emploi (OSE), le MAS a décidé de mettre à la disposition des Conseils régionaux une somme de 15 millions$ pour la rénovation, l'amélioration et le maintien en bon état des immeubles du réseau."

Seuls les centres hospitaliers de soins de courte durée et les établissements privés sont exclus explicitement de ce programme.

Le 18 mai 1979, le Ministère annonce qu'il dispose de crédits de développement destinés aux centres locaux de services communautaires (20-00-08):

> "En accord avec les mandats de décentralisation, le Ministère confie aux Conseils régionaux de la santé et des services sociaux la responsabilité de répartir entre les CLSC les enveloppes budgétaires régionales qui leur sont respectivement allouées (...)"

Le 24 octobre 1979, la circulaire 30-00-05A vient rappeler de façon non équivoque aux établissements que le Ministère ne procèdera plus à aucune analyse de demandes de développement provenant directement des établissements du réseau. Toutes ces demandes devront être acheminées au conseil régional concerné.

Ces différents mandats peuvent être classés (Tableau 14) à l'intérieur de la grille d'analyse (Tableau 15). Celle-ci a été quelque peu modifiée afin de permettre un suivi dans le temps de leur évolution. Elle permet ainsi de dégager quelques constatations importantes:

- les mandats confiés aux conseils régionaux en 1973 et 1974 (inventaire des activités et besoins, service d'urgence, régionalisation des achats) se situent dans les deux premiers niveaux (information circulante non-finalisante, ressources humaines et matérielles), confirmant ainsi un faible degré d'importance des mandats décentralisés, du moins dans le cadre de la grille proposée;

- le mouvement de décentralisation administrative annoncé officiellement par la circulaire INF-35-1977 se traduit par un déplacement marqué vers le second (ressources humaines et matérielles) et le troisième niveau (ressources budgétaires);

- seulement deux mandats (I8 Proposer au Ministère des modalités de réallocation des ressources; J4 Proposer des modalités de réallocation) s'inscrivent dans le cadre d'activités ayant davantage d'affinités avec ce que Lemieux (1974) appelle le circuit de la pression;

- la plupart des mandats ont trait à des pouvoirs de gestion et non de commandement.

TABLEAU 14. PRINCIPAUX MANDATS CONFIES AUX CRSSS PAR L'INTERMEDIAIRE DE CIRCULAIRES, DIRECTIVES, NORMES DE GESTION, ETC., 1973-1979

	MANDAT	DOCUMENT	DATE
A	INVENTAIRE DES ACTIVITES ET BESOINS EN SANTE ET SERVICES SOCIAUX	-	73-02-20
B	SERVICES D'URGENCE	-	73-02-20
C	REGIONALISATION DES ACHATS	-	74-03-22
D	REPARATIONS ET RENOVATIONS POUR LES ETABLISSEMENTS PUBLICS D'AFFAIRES SOCIALES < 50 000 $	INF-74-1975	75-05-28
E1	DEMANDES DE RESSOURCES MATERIELLES DES ETABLISSEMENTS	30-00-05	76-04-01
E2	DEMANDES DE RESSOURCES HUMAINES DES ETABLISSEMENTS	30-00-05	76-04-01
F	AUTORISATION ET FINANCEMENT POUR LES C.H. < 1 000 000 $	NP-4-1976	76-02-17
G	DECENTRALISATION DES ACTIVITES DU MAS	INF-35-1977	77-03-24
H1(1)	ASSURER LA COORDINATION DES ACTIVITES RELIEES A L'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX COURANTS SUR SON TERRITOIRE	NP-1-1977	77-03-24
H2	REDISTRIBUER, S'IL Y A LIEU, LES RESSOURCES DISPONIBLES AFFECTEES A CES ACTIVITES	"	
H3	S'ASSURER SUR UNE BASE REGIONALE, DU BON FONCTIONNEMENT DES C.L.S.C. EXISTANTS	"	
H4	REPARTIR, S'IL Y A LIEU, LES ENVELOPPES REGIONALES DE DEVELOPPEMENT FIXEES PAR LE MAS ENTRE LES C.L.S.C. EXISTANTS DE FACON A REPONDRE ADEQUATEMENT AUX BESOINS SOCIO-SANITAIRES DE LA POPULATION VISEE	"	
H5	ASSUMER LES RESPONSABILITES RELIEES A L'IMPLANTATION DES CLSC SUR LEUR TERRITOIRE		
I1(1)	VOIR A CE QUE SOIT ASSURE L'ENSEMBLE DES SERVICES REQUIS PAR LA CLIENTELE DES JEUNES MESADAPTES SOCIAUX DE LA REGION	NP2-1977	"
I2	ASSURER DANS UNE MEME REGION SOCIO-SANITAIRE LA COMPLEMENTARITE DES FONCTIONS DES DIVERS ETABLISSEMENTS ET METTRE SUR PIED DES MECANISMES VISANT A DEVELOPPER UNE MEILLEURE CONCERTATION ENTRE EUX ET AVEC LES AUTRES ORGANISMES AVEC QUI ILS PARTAGENT LA RESPONSABILITE DE LA CLIENTELE VISEE	"	
I3	PRECISER LA VOCATION DES ETABLISSEMENTS	"	
I4	APPROUVER LES CRITERES D'ADMISSION DES ETABLISSEMENTS DE LA REGION ET LES TRANSMETTRE POUR INFORMATION AU MINISTERE	"	
I5	S'ASSURER DU BON FONCTIONNEMENT DES PROCESSUS D'ADMISSION SUR UNE BASE REGIONALE	"	
I6	ASSURER DES LIENS DE COMPLEMENTARITE ET DE COORDINATION AVEC LES DIVERS ORGANISMES REGIONAUX IMPLIQUES DANS LE DOMAINE DE LA MESADAPTATION SOCIALE		

TABLEAU 14 (suite)

I7	IDENTIFIER LA RESPONSABILITE D'INTERVENTION, DES STRATEGIES D'IMPLANTATION ET DES ECHEANCIERS DE REALISATION VISANT A TRANSFORMER OU A DEVELOPPER DES SERVICES A LA CLIENTELE DANS LE CADRE DES GRANDES ORIENTATIONS FIXEES PAR LE MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES	NP-2-1977	77-03-24
I8	PROPOSER AU MINISTERE DES MODALITES DE REALLOCATION DES RESSOURCES EN VUE DE REALISER LES TRANSFORMATIONS ET LES DEVELOPPEMENTS REQUIS, S'IL Y A LIEU, OU EN VUE D'ASSURER UNE PLUS GRANDE EQUITE DANS LA DISTRIBUTION DES SERVICES OFFERTS A LA CLIENTELE	"	
I9	REPARTIR, S'IL Y A LIEU, L'ENVELOPPE REGIONALE DE DEVELOPPEMENT FIXEE PAR LE MINISTERE ENTRE LES ETABLISSEMENTS DE FACON A REPONDRE PLUS ADEQUATEMENT AUX BESOINS EXPRIMES A L'INTERIEUR DE LA REGION DANS LE CADRE DES GRANDES PRIORITES FIXEES PAR LE MINISTERE DANS LE DOMAINE DE LA MESADAPTATION SOCIALE	"	
J1(1)	VOIR A CE QUE SOIENT ASSURES LES SERVICES PSYCHIATRIQUES, DE COURTE ET DE LONGUE DUREE, A L'ENSEMBLE DE LA POPULATION DE LA REGION	NP-3-1977	77-03-24
J2	PRECISER LA RESPONSABILITE DE CHAQUE ETABLISSEMENT CONCERNANT LES SERVICES A ASSURER A LA POPULATION D'UNE ZONE OU D'UN SECTEUR SUR UNE BASE TERRITORIALE, QUE CE SERVICE SOIT RENDU PAR L'ETABLISSEMENT LUI-MEME OU PAR QUELQU'UN D'AUTRE. CETTE IDENTIFICATION DES SECTEURS DEVRA S'EFFORCER D'ETRE CONCORDANTE AVEC LES AUTRES DELIMITATIONS ADMINISTRATIVES EN USAGE DANS LE RESEAU DES AFFAIRES SOCIALES	"	
J3	DEFINIR DES RELATIONS DE COMPLEMENTARITE ENTRE LES DIVERS ETABLISSEMENTS OEUVRANT SUR LE TERRITOIRE DANS LE DOMAINE DE LA SANTE MENTALE, EN PARTICULIER AVEC TOUT LE RESEAU DES ETABLISSEMENTS DU SECTEUR DE LA MESADAPTATION SOCIALE, SOIT EN S'ASSURANT QUE DES MECANISMES SOIENT MIS SUR PIED AFIN QUE TOUS LES SERVICES SOIENT ASSURES DE FACON CONTINUE AUX INDIVIDUS QUI EN MANIFESTENT LE BESOIN, SOIT EN VEILLANT A L'ELABORATION D'ENTENTES CONTRACTUELLES	"	
J4	PROPOSER, S'IL Y A LIEU, DES MODALITES DE REALLOCATION DES RESSOURCES EN VUE D'ASSURER UNE PLUS GRANDE EQUITE DANS LA DISTRIBUTION DES SOINS SUR UNE BASE REGIONALE, EN PARTICULIER DANS LA DISPENSATION DES SOINS DE LONGUE DUREE REQUIS PAR LES MALADES CHRONIQUES PSYCHIATRIQUES	"	
J5	REPARTIR, S'IL Y A LIEU, L'ENVELOPPE REGIONALE DE DEVELOPPEMENT FIXEE PAR LE MINISTERE ENTRE LES ETABLISSEMENTS DE FACON A REPONDRE PLUS ADEQUATEMENT AUX BESOINS EXPRIMES A L'INTERIEUR DE LA REGION DANS LE CADRE DES GRANDES PRIORITES FIXEES PAR LE MINISTERE DANS LE DOMAINE DE LA SANTE MENTALE	"	
K	DEVELOPPEMENT DES SERVICES A DOMICILE (RESPONSABILITE DE LA REPARTITION DU BUDGET)	INF-65-1977	77-05-04

TABLEAU 14. (suite et fin)

L	ALLOCATION DES BUDGETS D'IMMOBILISATION POUR LES ETABLISSEMENTS DE SERVICES SOCIAUX ≤250 000 $	NP-8-1977	77-10-31
M	PROGRAMME SPECIAL O.S.E.	INF-127-1977	77-10-28
N	DEVELOPPEMENT DES CLSC	20-00-08	79-05-18
C1	DEMANDES DE RESSOURCES MATERIELLES DES ETABLISSEMENTS	30-00-05A	79-10-24
C2	DEMANDES DE RESSOURCES HUMAINES DES ETABLISSEMENTS	30-00-05A	79-10-24

(1) Les mandats H_1 à H_5, I_1 à I_9 et J_1 à J_5 sont dévolus en fait aux commissions administratives régionales (CAR) dont la mise sur pied est assurée par les conseils régionaux.

TABLEAU 15. IMPORTANCE RELATIVE DES PRINCIPAUX MANDATS RECURRENTS CONFIES AUX CONSEILS REGIONAUX DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX (CRSSS) 1973-1979

MANDATS, FONCTIONS CONCERNANT:	1973			1974			1975			1976			1977			1978			1979		
	P[1]	G[2]	C[3]	P	G	C	P	G	C	P	G	C	P	G	C	P	G	C	P	G	C
1 L'INFORMATION CIRCULANTE NON-FINALISANTE		A[4] B												I6 J3							
2 LES RESSOURCES HUMAINES LES RESSOURCES MATERIELLES					C							E1 E2		G H1 H2 H3 H5 I1 I2 I1 I7 J1 J2	I4						01 02
3 LES RESSOURCES MONETAIRES (BUDGETAIRES)									D			F		M[5]	H4 I9 J5 K L						N
4 LA CREATION, LA FUSION, L'ABOLITION DES ETABLISSEMENTS														I3							
5 L'INFORMATION STRUCTURANTE (DEFINITION DES OBJECTIFS, IMPOSITION DES FINALITES VERS LESQUELLES LES AUTRES MOYENS DEVRONT ETRE MOBILISES)													I8								

(1) ACTIVITE DE PRESSION (2) ACTIVITE DE GESTION (3) ACTIVITE DE COMMANDEMENT (4) VOIR TABLEAU 14 (5) MANDAT NON-RECURRENT

Il semble donc que le Ministère veuille surtout faire jouer aux CRSSS un rôle de gestionnaire (au sens retenu dans notre étude) en les intégrant de plus en plus dans le processus administratif (du moins sur papier). Le rôle d'organisme de pression, bien que toujours présent dans la loi, tend à s'estomper de plus en plus au profit de celui d'administrateur se situant entre le MAS d'une part et les établissements d'autre part.

Il appert que malgré une volonté clairement exprimée en 1977 de pousser plus loin la décentralisation, celle-ci se limite, jusqu'en 1979, à confier aux CRSSS des mandats souvent relativement peu déterminants en terme de prise de décision (dans l'optique de notre grille d'analyse). En effet, jusqu'à cette date, le Ministère n'a confié aux CRSSS qu'un mandat relativement au niveau 4 (I3 : Préciser la vocation des établissements) et aucun au cinquième niveau (pouvoirs et responsabilités sur l'information structurante) de la grille. De plus, plusieurs des mandats se rapportant au niveau 3 (les ressources budgétaires) sont assortis de la mention "s'il y a lieu". Il s'est, dans les faits, passé souvent quelques années avant "qu'il y ait lieu".

Par exemple la circulaire NP-1-1977 du 24 mars 1977 invitait la CAR des CLSC:

> "à répartir s'il y a lieu les enveloppes régionales de développement (...)"

La première enveloppe de développement fut octroyée en avril 1979 soit deux ans plus tard.

Par contre le MAS démontre de plus en plus un intérêt à situer les CRSSS comme des intermédiaires administratifs (et non exécutifs) entre lui et les établissements. Pour expliquer ce phénomène il est bon de revenir sur un document (1) joint à la circulaire INF-35-1977 annonçant la décentralisation des activités du MAS. Dans ce document le MAS expose la raison militant en faveur de la décentralisation. C'est essentiellement pour

---

(1) Décentralisation des activités du MAS, Mars 1977, MAS, 9 pages.

faire en sorte que le Ministère cesse d'intervenir directement dans l'administration des établissements, ce comportement provoquant des protestations de la part des établissements et entraînant du côté du Ministère un déplacement des préoccupations et des activités vers le cas à cas et l'interventionnisme.

Pour réaliser cette décentralisation trois principes guident alors le MAS (MAS 1977:2):

- Le ministère des Affaires sociales se réserve un rôle de définition des orientations, des objectifs, des priorités et des budgets au niveau provincial et des vocations des établissements, de même qu'un rôle d'évaluation et de contrôle à posteriori des activités et de l'utilisation des ressources;

- le Ministère désire remettre aux établissements du réseau des Affaires sociales une partie des responsabilités qu'il a lui-même assumées jusqu'à ce jour, en particulier dans tous les secteurs qui concernent la gestion interne des établissements: budget, plan d'organisation, personnel, etc...;

- enfin le Ministère désire confier à des commissions administratives régionales créées à cet effet et liées aux CRSSS des responsabilités précises concernant l'organisation de la mise en commun des services de même que le partage de ressources attribuées sur une base régionale entre les divers établissements d'une région.

La décentralisation vers les CRSSS serait donc dans une large mesure une décentralisation vers les établissements via la mise sur pied des commissions administratives régionales (CAR). Celles mises sur pied en 1977 (CLSC, mésadaptés sociaux, services psychiatriques) sont composées majoritairement des représentants des établissements concernés et ces représentants sont nommés par ces établissements. Le conseil régional n'a qu'un délégué sans droit de vote à la CAR.

Dans cette structure (CRSSS-CAR), le CRSSS représente l'instance légale garantissant la permanence de gestion, la continuité, la cohérence des décisions en fonction des priorités régionales et la représentation des intérêts de la population de la région. Les commissions administratives pour leur part représentent l'intérêt des établissements et assurent, au niveau régional, l'expertise sectorielle (MAS 1977: 3-4).

Il faudra attendre jusqu'en 1980 (1) avant que ne soit proposé de nouveau par le MAS, un partage des responsabilités et des rôles entre paliers national, régional et local. Voyons donc maintenant comment la volonté de décentraliser s'est manifestée à partir de la fin de l'année 1978.

5.6 Les projets de Loi 10 (1977) et 103 (1978)

C'est par l'adoption du projet de Loi 10 en novembre 1977 que le Gouvernement venait légaliser l'existence des commissions administratives régionales crées au printemps de la même année. Ce projet de loi contenait également une autre disposition importante relative à la décentralisation vers les conseils régionaux : celle de leur confier le mandat de mettre sur pied et d'administrer des services communs pour les établissements de leurs régions. Enfin, ce projet de loi oblige les établissements à préparer un plan d'organisation interne décrivant les structures administratives de l'établissement, ses directions, services et départements.

Le projet de Loi 103 est adopté le 23 décembre 1978. Un premier amendement majeur à la loi consacre la volonté d'augmenter le rôle et les pouvoirs décisionnels des CRSSS. L'article 1 du projet de loi ajoute, en effet, le paragraphe suivant aux fonctions du conseil régional :

> "g) d'exercer, à l'intérieur de son territoire, toute autre fonction ou d'assumer le coût de tout programme relié à l'administration des services de santé et des services sociaux et qui lui sont confiés par le lieutenant-gouverneur en conseil."

---

(1) Voir section 5.8

Cet article permet au législateur de confier de nouveaux mandats aux conseils régionaux sans procéder nécessairement par l'adoption d'une loi. Certains de ces mandats, confiés par arrêté en conseil, sont présentés dans les sections suivantes.

L'article 44 de la loi prévoit que, par règlement, le Conseil exécutif pourra autoriser un CRSSS à approuver certains règlements de régie interne d'établissements, des projets de construction ou d'emprunt, etc. Le gouvernement se donne cependant le pouvoir d'exercer un contrôle de tutelle sur les CRSSS, similaire à celui qu'il exerce déjà sur les autres établissements du réseau : nomination d'un enquêteur, d'un contrôleur, administration provisoire, etc.

A l'article 70, la nouvelle loi confère aussi aux CRSSS le pouvoir d'approuver les plans d'organisation et d'effectifs médicaux des centres hospitaliers affiliés aux universités. Cet article amènera certains CRSSS à mettre sur pied une nouvelle commission administrative, celle des centres hospitaliers, seuls établissements du réseau à ne pas avoir la leur.

Dans un autre ordre d'idées, le projet de Loi 103 (1978) transfert au ministre des Affaires sociales des pouvoirs décisionnels jusqu'alors détenus par le lieutenant-gouverneur en conseil. Par exemple, l'autorisation pour l'émission de lettres patentes supplémentaires, l'annulation et délivrance de lettres patentes en cas de fusion ou de conversion d'établissements, les nominations des représentants des groupes socio-économiques sur les conseils d'administration d'établissements et des CRSSS, etc.

Au niveau de la prise de décision on assiste donc, avec l'adoption de ce projet de loi, à un double mouvement de décentralisation, soit du ministre des Affaires sociales vers les CRSSS et du lieutenant-gouverneur en conseil vers le ministre des Affaires sociales.

5.7 L'arrêté en conseil 3179-79.

Le 28 novembre 1979, le Conseil des ministres sanctionnait l'arrêté en

conseil 3179-79. Celui-ci vient mieux définir les fonctions et pouvoirs des conseils régionaux dans certains secteurs ayant déjà fait l'objet d'une décentralisation au niveau des CRSSS. Par exemple l'ancien mandat relié aux services de mésadaptation sociale (NP-2-1977) est élargi pour englober tout le champ de la réadaptation : mésadaptation sociale, inadaptation mentale et physique. Celui relié aux services psychiatriques (NP-3-1977) a été élargi de façon à couvrir l'ensemble des soins en santé mentale. Les CRSSS se voient également confier le mandat de l'application des politiques ministérielles relatives au transport des malades et des blessés (Tableau 16).

La grille d'analyse (Tableau 17) permet de constater la volonté du MAS de pousser plus loin la décentralisation en confiant aux CRSSS, entre autres, de nouveaux mandats en matière de contrôle sur la vocation des établissements concernés et sur la teneur de leur permis.

Les CRSSS sont maintenant appelés à élaborer les priorités régionales et les plans de mise en oeuvre des politiques dans ces secteurs (niveau 5). C'est la première fois depuis leur création que le gouvernement leur confie des mandats qui vont aussi loin.

Il est à noter également qu'à l'exception de deux mandats (promouvoir les projets relatifs à l'amélioration, à la réallocation et au développement de nouveaux services; collaborer à la cueillette d'informations), toutes les autres se situent dans le cadre de pouvoirs de gestion ou de commandement, confirmant ainsi le mouvement antérieur amorcé par le MAS consistant à intégrer de plus en plus les conseils régionaux dans une structure hiérarchique d'administration.

5.8 Eléments pour une politique de décentralisation administrative.

Le 20 mars 1980, le ministère des Affaires sociales rend public un document de consultation intitulé Eléments pour une politique de décentralisation administrative (MAS 1980). Comme son titre l'indique, ce document

TABLEAU 16. MANDATS CONFIES AUX CRSSS PAR L'ARRETE EN CONSEIL 3179-79, 28 NOVEMBRE 1979.

CADRE GENERAL

REFONTE DE CERTAINS MANDATS ANTERIEURS DANS LES SECTEURS DE :

- SERVICES DE SANTE MENTALE
- ACTIVITES DE READAPTATION
- SERVICES RELEVANT DES CLSC
- SERVICES A DOMICILE
- ACTIVITES RELIEES AU TRANSPORT DES MALADES ET BLESSES

RESPONSABILITES CONFIEES

A.C.1	ELABORER LES PRIORITES REGIONALES
A.C.2	ELABORER LES PLANS DE MISE EN OEUVRE DES POLITIQUES
A.C.3	IDENTIFIER PAR ORDRE DE PRIORITE LES BESOINS REGIONAUX
A.C.4	COORDONNER LES ACTIVITES DES ETABLISSEMENTS ET DES ORGANISMES
A.C.5	ASSURER LA COMPLEMENTARITE ENTRE LES ETABLISSEMENTS ET ENTRE LES ORGANISMES
A.C.6	PROMOUVOIR LES PROJETS RELATIFS A L'AMELIORATION, A LA REALLOCATION ET AU DEVELOPPEMENT DE NOUVEAUX SERVICES
A.C.7	VOIR A CE QUE SOIT ELABOREE UNE PROGRAMMATION ADAPTEE AUX BESOINS DE LA CLIENTELE
A.C.8	VEILLER AU BON FONCTIONNEMENT DES PROCESSUS D'ADMISSION
A.C.9	DETERMINER LA VOCATION DES ETABLISSEMENTS CONCERNES QUI SERA SOUMISE A L'APPROBATION DU MINISTRE
A.C.10	PRECISER LA TENEUR DU PERMIS DES ETABLISSEMENTS CONCERNES QUI SERA SOUMIS A L'APPROBATION DU MINISTRE
A.C.11	DETERMINER DE FACON PRECISE LES PLANS DE REALLOCATION DES RESSOURCES QUI DEVRONT ETRE APPROUVES PAR LE MINISTRE
A.C.12	ASSURER UNE PLUS GRANDE EQUITE DANS LA DISTRIBUTION DES SERVICES SUR UNE BASE REGIONALE
A.C.13	REPARTIR L'ENVELOPPE REGIONALE DE DEVELOPPEMENT FIXEE PAR LE MAS
A.C.14	ASSURER LE CONTROLE BUDGETAIRE DES DECISIONS QU'IL PREND
A.C.15	COLLABORER A LA CUEILLETTE D'INFORMATIONS NECESSAIRES AU MAS

TABLEAU 17. IMPORTANCE RELATIVE DES MANDATS CONTENUS DANS L'ARRETE EN CONSEIL 3179-79 DU 28 NOVEMBRE 1979.

PEU → IMPORTANCE DES POUVOIRS → BEAUCOUP

PEU

IMPORTANCE DES MANDATS

BEAUCOUP

MANDATS, FONCTIONS CONCERNANT:	TYPES DE POUVOIR		
	PRESSION	GESTION	COMMANDEMENT
1 L'INFORMATION CIRCULANTE NON-FINALISANTE (RESSOURCES INFORMATIONNELLES QUI NE DEFINISSENT PAS LES ORIENTATIONS ET LA NATURE DU RESEAU DES AFF. SOC.)	A.C.15	A.C.3	
2 LES RESSOURCES HUMAINES ET MATERIELLES DES ETABLISSEMENTS, LEUR CLIENTELE, PROGRAMMES ET SERVICES	A.C.6	A.C.4 A.C.8 A.C.5 A.C.12 A.C.7	A.C.11
3 DETERMINATION ET/OU REPARTITION DES RESSOURCES MONETAIRES (BUDGETAIRES)		A.C.14	A.C.13
4 LA CREATION, LA FUSION, L'ABOLITION DES ETABLISSEMENTS		A.C.10	A.C.9
5 L'INFORMATION STRUCTURANTE (DEFINITION DES OBJECTIFS, IMPOSITION DES FINALITES VERS LESQUELLES LES AUTRES MOYENS DEVRONT ETRE MOBILISES)			A.C.1 A.C.2

devait être le précurseur d'une politique de décentralisation qui, près de quatre ans plus tard, tarde à venir.

Le premier chapitre du document trace à grands traits l'évolution de l'organisation des Affaires sociales au Québec et la situation en 1980 de la gestion du réseau des services de santé et des services sociaux. Il conclut à l'efficacité des CRSSS et au caractère indispensable de leur présence (MAS 1980 : 28).

Le second chapitre précise l'évolution envisagée du réseau des Affaires sociales. Après avoir abordé les raisons militant en faveur d'une poursuite de la décentralisation (ampleur du réseau, difficultés dans la coordination des activités, besoins locaux noyés dans les plans d'action provinciaux, etc.) le Ministère spécifie les objectifs de la politique de décentralisation administrative à venir (MAS 1980 : 38):

- s'assurer que les services offerts correspondent aux besoins réels et prioritaires de la population;
- établir clairement une répartition des rôles et responsabilités entre les différents intervenants et faire en sorte de favoriser la coordination et la complémentarité entre les établissements;
- rapprocher les centres de décision de l'action et impliquer la population concernée et les intervenants habilités dans le processus décisionnel;
- permettre à la population locale et régionale une plus large participation à la définition de ses besoins, à l'identification de ses priorités et enfin à la prise de décision.

Le document aborde ensuite le partage des rôles entre le Ministère, les CRSSS et les établissements socio-sanitaires.

Le MAS se voit confier des rôles au niveau provincial en tant que planificateur, coordonnateur, contrôleur et évaluateur. En fait, le MAS

conserve des pouvoirs et responsabilités très étendus puisqu'il lui revient, entre autres, de déterminer les objectifs généraux du système, d'élaborer les politiques et les priorités, de déterminer les critères, ratios, indicateurs requis, de voir à la conception et à l'organisation d'un réseau intégré de services. Il doit également assumer l'implantation des politiques et établir une programmation conforme aux objectifs, politiques, critères et normes qu'il s'est fixés, etc. En matière de contrôle et d'évaluation, le Ministère devra reposer ses activités sur le principe que toute décision doit être contrôlée et évaluée.

Quant aux CRSSS le document leur reconnaît des rôles dans toutes les matières mais à des degrés variables (MAS 1980 : 49). Ils ont, entre autres, à déterminer des objectifs régionaux, des priorités régionales, élaborer un train de politiques régionales en regard de la participation de la population, établir des plans régionaux d'utilisation et de répartition des ressources, élaborer des programmes de mise en oeuvre, évaluer leurs propres activités et contribuer aux évaluations concernant les établissements et le MAS. Le document spécifie également les rôles des établissements en regard de la planification des soins et services, de la programmation et de la budgétisation et enfin, en regard du contrôle et de l'évaluation (MAS 1980 : 56).

Ce document a un grand mérite: il est un exemple qui démontre clairement la quasi-impossibilité d'effectuer une spécification des rôles du MAS et des CRSSS sur la seule base du territoire couvert. En effet, plusieurs domaines (planification, programmation, évaluation, contrôle) n'y sont pas définis comme l'apanage d'un seul intervenant mais des deux: MAS et CRSSS. La spécificité ne réside qu'au niveau du territoire couvert. Or cette façon de procéder n'est pas sans susciter quelques questions. En effet, bien qu'à première vue tous les éléments semblent s'emboîter parfaitement les uns dans les autres tel un gigantesque casse-tête, une lecture plus attentive permet de voir que tel n'est pas le cas. En fait les éléments se chevauchent souvent ce qui fait en sorte que de façon générale l'ensemble du document peut entraîner plus de confusion qu'il n'en dissipe.

Par exemple en ce qui a trait à la planification, les CRSSS identifient leurs priorités à l'intérieur des priorités du MAS. Cela suppose-t-il que les priorités du MAS sont "équivalentes" (sans ordre d'importance) et que le CRSSS détermine un ordre? Les priorités du CRSSS peuvent-elles être différentes de celles du MAS? Un autre exemple: le MAS doit établir une programmation conforme à ses politiques et les CRSSS élaborer des programmes conformes aux programmes du MAS. Un troisième exemple: le Ministère et les conseils régionaux déterminent des objectifs, l'un au niveau provincial, l'autre au niveau régional. Cependant les CRSSS doivent élaborer leurs objectifs à partir des objectifs du MAS. Il faut s'interroger sur la marge de manoeuvre laissée aux CRSSS.

Bref le partage des responsabilités entre MAS et CRSSS proposé dans le document repose presqu'exclusivement sur la dichotomie Province-Régions: le Ministère suggère implicitement que le seul fait de greffer le qualificatif "régional" à une activité (programmer, élaborer une politique, déterminer des besoins, des indicateurs, des normes, etc.) lui confère un caractère distinctif de celle s'exerçant au niveau du Ministère. Or tel ne semble pas le cas comme nous avons pu le constater dans les exemples précédents.

Quoiqu'il en soit, ce document n'eut pas de suites officielles, mais a servi de "brouillon" aux importants décrets gouvernementaux des 16 juillet et 24 septembre 1980, de même qu'à certains autres décrets en 1981.

5.9 Les arrêtés en conseil 2234-80 et 2290-80

Ces arrêtés en conseil donnent le feu vert à deux projets devant permettre de pousser plus loin la décentralisation-régionalisation (1): l'un en Estrie (A.C. 2234-80 du 16 juillet) et l'autre au Saguenay/Lac St-Jean (A.C. 2290-80 du 24 septembre). Les mandats confiés aux CRSSS de ces régions couvrent des fonctions se rapportant aux activités de planification, de programmation, d'organisation et de budgétisation et enfin de contrôle et d'évaluation (Tableau 18).

---

(1) Selon l'expression employée dans le texte de présentation des décrets.

TABLEAU 18. MANDATS CONFIES AUX CRSSS DE L'ESTRIE ET DU SAGUENAY/LAC ST-JEAN PAR LES ARRETES EN CONSEIL 2234-80 ET 2290-80, 16-07-80 ET 24-09-80.

RELATIVEMENT AUX ACTIVITES DE PLANIFICATION

A.1 IDENTIFIE LES BESOINS ET EN INFORME LE MINISTRE AFIN DE L'ECLAIRER DANS LE CHOIX DES ORIENTATIONS ET PRIORITES DE PORTEE PROVINCIALE

A.2 CONSEILLE LE MINISTRE DANS LA DETERMINATION DE SES OBJECTIFS GENERAUX

A.3 DETERMINE LES OBJECTIFS ET PRIORITES DE SA REGION DANS LE CADRE DES ORIENTATIONS FORMULEES PAR LE MINISTRE

RELATIVEMENT AUX ACTIVITES DE PROGRAMMATION, D'ORGANISATION ET DE BUDGETISATION (ORGANISE UN RESEAU INTEGRE D'ETABLISSEMENTS ...)

B.1 CONSEILLE LE MINISTRE DANS L'ELABORATION DE POLITIQUES ET DE NORMES RELATIVES A L'ORGANISATION DES SERVICES

B.2 CONSEILLE LE MINISTRE RELATIVEMENT A LA CREATION DE NOUVEAUX ETABLISSEMENTS, A LA FERMETURE D'ETABLISSEMENTS EXISTANTS OU AU REGROUPEMENT D'ETABLISSEMENTS

B.3 CONSEILLE LE MINISTRE SUR LES PERMIS (CATEGORIE, CLASSE, CAPACITE) DES ETABLISSEMENTS, CELUI-CI ETANT EMIS, ANNULÉ, SUSPENDU OU MODIFIE SOUS L'AUTORITE DU MINISTRE

B.4 DETERMINE LES CLIENTELES PRIORITAIRES AINSI QUE LES PROGRAMMES ET SERVICES PRIORITAIRES DE CHAQUE ETABLISSEMENT CONFORMEMENT A LA MISSION ET AU PERMIS DE CHAQUE ETABLISSEMENT

B.5 APPROUVE LES CRITERES ET POLITIQUES D'ADMISSION DE CHAQUE ETABLISSEMENT CONFORMEMENT AU PERMIS EMIS PAR LE MINISTRE

B.6 CONSEILLE LE MINISTRE SUR LES CRITERES D'ELABORATION DES ENVELOPPES BUDGETAIRES

B.7 D'ICI 3 ANS, A UN RYTHME A CONVENIR, ... RESPONSABLE DE LA PRESENTATION AU MINISTRE DES DEMANDES BUDGETAIRES DESTINEES A FINANCER LES DEPENSES DE FONCTIONNEMENT DES ETABLISSEMENTS DE SA REGION ET, SELON DES PARAMETRES FIXES PAR LE MAS, DE LA REPARTITION ENTRE CES MEMES ETABLISSEMENTS DES DOLLARS QUE LE MAS LUI ALLOUE SELON LA STRUCTURE DE PROGRAMME EN VIGUEUR AU MAS

RELATIVEMENT AUX ACTIVITES DE CONTROLE ET D'EVALUATION

C.1 CONSEILLE LE MINISTRE DANS L'ELABORATION DES NORMES AUXQUELLES DEVRONT SE CONFORMER LES ETABLISSEMENTS

C.2 COLLABORE A LA DETERMINATION DES CRITERES QUE LE MINISTRE ELABORE POUR EXERCER SA FONCTION CONTROLE AUPRES DU CRSSS ET DES ETABLISSEMENTS

C.3 COLLABORE A LA MISE SUR PIED DE SYSTEMES D'INFORMATION ET TRANSMET AU MAS LES INFORMATIONS ET RAPPORTS REQUIS

C.4 CONTRIBUE A L'EVALUATION DE L'IMPACT DES POLITIQUES ET DES PROGRAMMES

C.5 CONTRIBUE A LA SURVEILLANCE ET L'EVALUATION PAR LE MAS DE LA QUALITE DES SERVICES

C.6 VERIFIE SI LES OBJECTIFS QU'IL A FIXES AUX ETABLISSEMENTS DANS SA PLANIFICATION REGIONALE ONT ETE ATTEINTS ET PREND LES MESURES CORRECTIVES APPROPRIEES

C.7 VERIFIE SI LES BUDGETS QU'IL A ALLOUES AUX ETABLISSEMENTS ONT ETE UTILISES AUX FINS ET DANS LES LIMITES FINANCIERES FIXEES. AU BESOIN, IL ADOPTE OU RECOMMANDE LES MESURES CORRECTIVES APPROPRIEES

TABLEAU 18. (suite et fin).

DEPUIS LE 1er AVRIL 1981:	
D	AUCUNE DECISION CONCERNANT LE PROGRAMME "READAPTATION" N'EST PRISE AU MAS SANS L'ACCORD EXPLICITE DES CRSSS 02 ET 05. LE MAS DOIT: DETERMINER LES ENVELOPPES REGIONALES LE MODE DE GESTION DE CES ENVELOPPES LE ROLE DU CRSSS LA REPARTITION DES ENVELOPPES REGIONALES ENTRE 01-07 et 01-10 LE MAS N'ENVERRA QU'UN CHEQUE GLOBAL AUX CRSSS

La grille d'analyse (Tableau 19) indique que relativement aux activités de planification, l'action des conseils régionaux se situe principalement au niveau 5, le plus important selon l'ordre proposé. L'une de ces activités (déterminer les objectifs et priorités régionales) se situe même dans la ligne du commandement. La lecture complète de cet "article" vient toutefois édulcorer quelque peu son orientation "administrative" puisqu'en fait les conseils régionaux déterminent des objectifs et priorités à partir... des orientations formulées par le Ministre. Il faut toutefois se rappeler que décentralisation ne veut pas dire abdication par le niveau national de tout pouvoir ou responsabilité, comme le mentionnait Dufault (1979: 24) précédemment.

En ce qui a trait aux activités de programmation, d'organisation et de budgétisation, l'accent porte davantage sur le rôle conseil que devront jouer ces CRSSS. Tout comme dans les cas des activités de planification, celles parmi ces activités qui se situent dans la ligne du commandement (déterminer les clientèles prioritaires, approuver les critères et politiques d'admission; présenter les demandes budgétaires) sont soumises à l'autorité du Ministre. Par exemple ces deux conseils régionaux déterminent les clientèles prioritaires ainsi que les programmes et services prioritaires de chaque établissement et approuvent les critères et politiques d'admission de chaque établissement conformément à des permis pour lesquels le Ministre conserve l'entière autorité.

Enfin dans le cas des activités de contrôle et d'évaluation, l'accent est mis encore une fois sur le rôle de conseiller de ces deux CRSSS auprès du Ministre.

En résumé, les activités dévolues à ces deux conseils régionaux par le Ministère se retrouvent à tous les niveaux de la grille d'analyse, ce qui indique bien que, sur papier du moins, l'importance des mandats confiés s'accentue par l'adoption de ces décrets. Les mandats concernant l'information structurante (niveau 5) sont nombreux, la plupart confiant cependant à ces conseils régionaux un rôle de conseiller auprès du

TABLEAU 19. IMPORTANCE RELATIVE DES MANDATS CONFIES AUX CRSSS DE L'ESTRIE ET DU SAGUENAY/LAC ST-JEAN, ARRETES EN CONSEIL 2234-80 (16-07-80) et 2290-80 (24-09-80).

PEU → IMPORTANCE DES POUVOIRS → BEAUCOUP

PEU ↓ IMPORTANCE DES MANDATS ↓ BEAUCOUP

MANDATS, FONCTIONS CONCERNANT:	TYPES DE POUVOIR		
	PRESSION	GESTION	COMMANDEMENT
1 L'INFORMATION CIRCULANTE NON-FINALISANTE (RESSOURCES INFORMATIONNELLES QUI NE DEFINISSENT PAS LES ORIENTATIONS ET LA NATURE DU RESEAU DES AFF. SOC.)	C.3	A.1 (identifier)	
2 LES RESSOURCES HUMAINES ET MATERIELLES DES ETABLISSEMENTS, LEUR CLIENTELE, PROGRAMMES ET SERVICES	C.4 (programmes) C.5		B.4 B.5
3 DETERMINATION ET/OU REPARTITION DES RESSOURCES MONETAIRES (BUDGETAIRES)	B.6 C.7 (recommande)	C.7 (vérifier)	B.7 C.7 (adopte) D
4 LA CREATION, LA FUSION, L'ABOLITION DES ETABLISSEMENTS	B.2 B.3		
5 L'INFORMATION STRUCTURANTE (DEFINITION DES OBJECTIFS, IMPOSITION DES FINALITES VERS LESQUELLES LES AUTRES MOYENS DEVRONT ETRE MOBILISES)	A.1 (éclairer) A.2 B.1 C.1 C.4 (politiques)	C.6 (vérifier)	A.3 C.6 (correctifs)

NOTE: De par sa nature même, le mandat C.2 ne peut être inclus dans la grille d'analyse.

Ministre. Ces deux CRSSS sont donc intégrés, à un titre ou à un autre, à la majorité des étapes du processus de prise de décision relativement à leur région. Cependant, et c'est là un point crucial, pour la majorité des mandats les plus déterminants, c'est à titre de conseiller et non de "preneur de décision" que s'inscrivent les conseils.

5.10 Autres arrêtés en conseil concernant la décentralisation vers les CRSSS - 1981.

Le Conseil des ministres confie le 4 février 1981 au CRSSS Montréal métropolitain le mandat de mettre sur pied un centre de coordination des urgences santé pour l'ensemble de son territoire (Tableau 20).

La grille d'analyse (Tableau 21) permet tout d'abord de constater qu'encore une fois le MAS privilégie les activités de gestion et de commandement. Ces arrêtés en conseil sont également importants puisqu'ils confient à ce conseil régional des mandats concernant le cinquième niveau de la grille, celui de l'information structurante. Par exemple le CSSSMM fait plus qu'approuver les critères et politiques d'admission des établissements: c'est lui qui les détermine.

Le 24 mars 1981 le Conseil des ministres confie à l'ensemble des conseils régionaux deux nouveaux mandats. Encore une fois ces mandats concernent des pouvoirs de gestion, d'administration dans des domaines (location d'espace et achat d'équipements immobiliers) correspondant à un niveau (le second) peu déterminant. Toutefois ces décrets spécifient que les CRSSS distribuent les enveloppes de base et répartissent les enveloppes de développement relativement à ces domaines (niveau 3).

5.11 L'opération "Plans de redressement" (1).

Le 15 juillet 1981, le Ministère faisait parvenir aux CRSSS une circulaire concernant les budgets 1981-82 des établissements et lançait l'opération "Plans de redressement" Tableau 22). Les budgets 1981-82 de chacun des établissements de la région concernée étaient joints à la circulaire. Le Ministère demandait aux Conseils régionaux, entre autres, d'aider les

---

(1) Cet exercice s'est répété selon des modalités analogues en 1982-83 et 1983-84.

TABLEAU 20. MANDATS CONFIES AU CONSEIL DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTREAL METROPOLITAIN PAR LES ARRETES EN CONSEIL 234-81 et 236-81.

1	DE DETERMINER ET D'ASSURER LA MISE EN PLACE DES POLITIQUES D'ADMISSION ET DE TRANSFERT DES BENEFICIAIRES DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA REGION 06A CONFORMEMENT A LA LOI, AUX REGLEMENTS ET AUX DIRECTIVES, A L'EXCEPTION DES ADMISSIONS ET DES TRANSFERTS EFFECTUES EN APPLICATION DE LA LOI DE LA PROTECTION DE LA JEUNESSE.
2	DE DETERMINER ET D'ASSURER LA MISE EN PLACE DES PROCEDURES GENERALES ET DES MODES DE FONCTIONNEMENT DES SERVICES D'URGENCE DANS LES ETABLISSEMENTS DE LA REGION 06A.
3	DE DETERMINER ET D'ASSURER LA MISE EN PLACE DU CADRE GENERAL QUE DOIVENT SUIVRE LES ETABLISSEMENTS DANS L'AFFECTATION ET LA DISTRIBUTION DES LITS.
4	DE CONCEVOIR ET D'IMPLANTER UN SYSTEME D'INFORMATIONS REGIONALES PERMETTANT DE CONNAITRE, DE FACON QUOTIDIENNE, LA SITUATION DANS LES ETABLISSEMENTS DU TERRITOIRE EN REGARD DES INSCRIPTIONS, DES ADMISSIONS, DES HOSPITALISATIONS, DES TRANSFERTS ET DES TRANSPORTS AMBULANCIERS.
5	D'AGIR COMME SEULE AUTORITE HABILITEE A AUTORISER LE DEPLACEMENT DES MALADES VERS D'AUTRES CENTRES LORSQU'UN ETABLISSEMENT PARTICULIER VIT UNE SITUATION D'ENGORGEMENT APRES AVOIR APPLIQUE TOUTES LES PROCEDURES EN VIGUEUR.
6	DE METTRE SUR PIED UNE CENTRALE DE COMMUNICATIONS POUR REPARTIR LES CAS D'URGENCE ET REVISER, S'IL Y A LIEU, LE SYSTEME DE TRANSPORT AMBULANCIER.

TABLEAU 21. IMPORTANCE RELATIVE DES MANDATS CONFIES AU CONSEIL DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTREAL METROPOLITAIN PAR LES ARRETES EN CONSEIL 234-81 et 236-81.

PEU → IMPORTANCE DES POUVOIRS → BEAUCOUP

PEU

IMPORTANCE DES MANDATS

BEAUCOUP

MANDATS, FONCTIONS CONCERNANT:	TYPES DE POUVOIR		
	PRESSION	GESTION	COMMANDEMENT
1 L'INFORMATION CIRCULANTE NON-FINALISANTE (RESSOURCES INFORMATIONNELLES QUI NE DEFINISSENT PAS LES ORIENTATIONS ET LA NATURE DU RESEAU DES AFF. SOC.)		4 (implanter) 6	4 (concevoir)
2 LES RESSOURCES HUMAINES ET MATERIELLES DES ETABLISSEMENTS, LEUR CLIENTELE, PROGRAMMES ET SERVICES			5
3 DETERMINATION ET/OU REPARTITION DES RESSOURCES MONETAIRES (BUDGETAIRES)			
4 LA CREATION, LA FUSION, L'ABOLITION DES ETABLISSEMENTS			
5 L'INFORMATION STRUCTURANTE (DEFINITION DES OBJECTIFS, IMPOSITION DES FINALITES VERS LESQUELLES LES AUTRES MOYENS DEVRONT ETRE MOBILISES)		1 (assurer) 2 (assurer) 3 (assurer)	1 (déterminer) 2 (déterminer) 3 (déterminer)

TABLEAU 22. MANDATS CONFIES AUX CRSSS PAR LA CIRCULAIRE 1981-114 CONCERNANT LES BUDGETS 1981-82 DES ETABLISSEMENTS ET L'OPERATION "PLANS DE REDRESSEMENT".

Au niveau régional, les CRSSS doivent:

114.1 identifier les services prioritaires de la région;
114.2 aider les établissements dans l'élaboration de leur plan de redressement;
114.3 analyser et transmettre au Ministère leur avis sur les propositions de redressement budgétaire des établissements qui affectent le niveau de service à la population;

Proposer tout changement majeur du réseau dont:

114.4 les changements de vocation;
114.5 les fusions d'établissements;
114.6 les modifications au nombre de lits;
114.7 les diminutions sensibles et les fermetures de certains services ou programmes;
114.8 toute mesure de rationalisation ou d'organisation des services à la population;

114.9 Coordonner éventuellement l'implantation des propositions acceptées par le Ministère.

établissements dans l'élaboration de leur plan de redressement, plan de redressement rendu nécessaire par l'écart entre le budget "normalement prévu" pour l'établissement et celui effectivement consenti par le MAS.

Comme on peut le constater à l'examen de la grille (Tableau 23) les mandats que le MAS demande aux CRSSS d'assumer concernent essentiellement des pouvoirs de pression et de gestion. Cependant plusieurs de ces mandats se situent à des niveaux déterminants selon l'ordre logique proposé: proposer des mesures de rationalisation et en coordonner l'application (niveau 5) et proposer les changements de vocation, les fusions d'établissements (niveau 4).

5.12 Le projet de loi 27 (1981)

5.12.1 Genèse du projet de loi 27 (1981)

Avant 1981 la Loi sur les services de santé et les services sociaux a été amendée au moins à deux reprises pour accorder, entre autres, plus de pouvoirs aux CRSSS. En novembre 1980, le ministre des Affaires sociales était prêt à franchir une nouvelle étape dans le transfert de certains pouvoirs administratifs aux CRSSS. Un mémoire fut donc préparé pour être présenté au Conseil des ministres (Lazure 1980). Ce mémoire expose en première partie les raisons qui militent en faveur des modifications proposées à la Loi. En deuxième lieu, on trouve le libellé exact des amendements, article par article. Selon le document, cette décentralisation de la prise de décision vers les CRSSS se fera en leur attribuant de nouvelles responsabilités: autorisation de certains travaux de construction, locations d'immeubles par les établissements, mise en place et administration de services communs aux établissements. Il semble que le Conseil exécutif n'a pas autorisé son étude par le comité de législation et qu'en conséquence, le projet de loi n'a pu être déposé au cours de la session subséquente. La dissolution de la chambre et le déclenchement d'élections générales en mars 1981 sont venus couper court à tout ce processus législatif.

TABLEAU 23 IMPORTANCE RELATIVE DES MANDATS CONFIES AUX CRSSS PAR LA CIRCULAIRE 1981-114.

PEU → IMPORTANCE DES POUVOIRS → BEAUCOUP

PEU

IMPORTANCE DES MANDATS

BEAUCOUP

MANDATS, FONCTIONS CONCERNANT:	TYPES DE POUVOIR		
	PRESSION	GESTION	COMMANDEMENT
1 L'INFORMATION CIRCULANTE NON-FINALISANTE (RESSOURCES INFORMATIONNELLES QUI NE DEFINISSENT PAS LES ORIENTATIONS ET LA NATURE DU RESEAU DES AFF. SOC.)		114.1	
2 LES RESSOURCES HUMAINES ET MATERIELLES DES ETABLISSEMENTS, LEUR CLIENTELE, PROGRAMMES ET SERVICES			
3 DETERMINATION ET/OU REPARTITION DES RESSOURCES MONETAIRES (BUDGETAIRES)	114.3 (avis)	114.2 114.3 (analyser)	
4 LA CREATION, LA FUSION, L'ABOLITION DES ETABLISSEMENTS	114.4 114.5 114.6 114.7		
5 L'INFORMATION STRUCTURANTE (DEFINITION DES OBJECTIFS, IMPOSITION DES FINALITES VERS LESQUELLES LES AUTRES MOYENS DEVRONT ETRE MOBILISES)	114.8	114.9	

A l'automne de 1979, le ministre des Affaires sociales, pressé par les négociations imminentes avec les fédérations de médecins, décida de modifier diverses dispositions législatives de façon à encadrer plus adéquatement les propositions normatives et tarifaires de la prochaine convention collective des professionnels de la santé. Le Ministre joignit à ces amendements les propositions du mémoire de 1980, du moins celles concernant la décentralisation de certaines fonctions ministérielles vers les conseils régionaux. Le projet de loi 27 fut ainsi déposé en novembre 1981.

5.12.2 La première version du projet de loi 27 (1981)

La Loi modifiant diverses dispositions législatives dans le domaine de la santé et des services sociaux fut déposée à l'Assemblée nationale le 19 novembre 1981. Ce projet de loi touchait sept lois majeures, dont la Loi sur les services de santé et les services sociaux (Tableau 24).

Comme on peut le constater, les conseils régionaux qui seront désignés se voient confier des pouvoirs en tous points semblables à ceux accordés au CSSSMM au début de l'année 1981 (1). Le législateur leur assure de plus qu'ils seront consultés en ce qui a trait, entre autres, à la répartition des effectifs médicaux (art. 70) et l'offre de nouveaux services nécessitant des groupes de professionnels et des équipements surspécialisés (art. 70.1).

La grille d'analyse (Tableau 25) permet de constater essentiellement trois phénomènes:

- de façon générale, le Ministère confie aux CRSSS des mandats concernant l'information circulante non-finalisante (niveau 1) et les ressources humaines et matérielles (niveau 2);

---

(1) Voir 5.10

TABLEAU 24 MANDATS CONFIES AUX CRSSS DANS LA PREMIERE VERSION DU PROJET DE LOI 27 (1981).

ARTICLE

18e D'organiser l'échange de biens et services, leur répartition adéquate et l'élimination de leurs dédoublements dans la région et, à cette fin, d'exercer de manière exclusive les fonctions suivantes :

i) établir et administrer des programmes d'approvisionnement de biens et services communs aux établissements de sa région;

ii) fournir ces biens et services ou, avec l'autorisation écrite du ministre, en confier le mandat à une corporation sans but lucratif;

iii) regrouper des services fournis par plusieurs établissements;

2° par l'addition, à la fin, du paragraphe suivant :

d'exercer, à l'intérieur de son territoire, toute autre fonction que le ministre lui confie en vertu de la loi.

18.1 Un conseil régional désigné par règlement peut exercer également les fonctions suivantes :

1. établir les politiques d'admission et de transfert des bénéficiaires dans les établissements de sa région, à l'exception des admissions et des transferts faits en application de la Loi sur la protection de la jeunesse (L.R.Q., chapitre P-34.1);
2. fixer les normes de fonctionnement des services d'urgence dans ces établissements;
3. fixer les normes d'utilisation et de distribution des lits dans ces établissements;
4. concevoir et implanter un système d'informations régionales permettant de connaître, de façon quotidienne, la situation dans les établissements publics et dans les établissements privés visés dans les articles 176 et 177 de son territoire en regard des inscriptions et des admissions des bénéficiaires et de leurs transferts et transports en ambulance;
5. mettre sur pied une centrale de communications pour répartir les cas d'urgence à laquelle tout détenteur d'un permis d'exploitation d'un service d'ambulance au sens de la Loi sur la protection de la santé publique (L.R.Q., chapitre P-35) doit s'inscrire;
6. faire des recommandations pour la révision du système de transport en ambulance sur son territoire.

18.2 Un conseil régional désigné par règlement est la seule autorité habilitée à :

1. autoriser le déplacement d'un bénéficiaire vers un autre établissement lorsqu'un établissement vit une situation d'engorgement après avoir appliqué toutes les procédures en vigueur;

18.2 (suite)

2. recevoir les appels de la population de son territoire qui demande des services d'ambulance ainsi que ceux provenant des établissements publics ou des établissements privés visés dans les articles 176 et 177 de son territoire et à répartir ces demandes entre les détenteurs d'un permis d'exploitation d'un service d'ambulance.

18.3 Un établissement est lié par une décision d'un conseil régional prise en vertu du paragraphe e de l'article 18 ou des articles 18.1 ou 18.2 ou en vertu d'une fonction confiée par le ministre ou le gouvernement conformément aux paragraphes d, g et h de l'article 18.

70 Le plan d'organisation d'un centre hospitalier doit de plus prévoir la formation de départements cliniques et de services cliniques de même que le nombre de médecins et dentistes qui peuvent exercer leur profession dans chacun de ces départements et services en fonction de son permis et des ressources financières dont il dispose.

Le conseil d'administration d'un centre hospitalier doit, après consultation du conseil des médecins et dentistes, transmettre cette partie du plan d'organisation au ministre pour approbation. Ce dernier doit, avant de l'approuver, consulter le conseil régional concerné.

De plus, le plan d'organisation d'un centre hospitalier désigné par le gouvernement doit pourvoir à l'organisation d'un département de santé communautaire.

70.1 Un centre hospitalier ne peut offrir de nouveaux services dont la nature nécessite des équipes de professionnels et des équipements ultraspécialisés déterminés par règlement avant d'avoir obtenu l'autorisation écrite du ministre. Avant d'accorder cette autorisation, le ministre consulte le conseil régional concerné.

72 Nul ne peut, sans avoir consulté le conseil régional concerné et obtenu l'autorisation du gouvernement :

1. acquérir, construire, transformer ou démolir un immeuble pour les fins d'un établissement;
2. aliéner un immeuble, propriété d'un établissement, qui est utilisé pour la poursuite de ses fins;

TABLEAU 24 (suite et fin)

72 (suite)

3. cesser d'exploiter un établissement.

Toutefois, l'autorisation du gouvernement n'est pas nécessaire quant aux projets de construction, de transformation ou de démolition dont le coût estimatif des travaux payable par l'établissement est inférieur au montant fixé par règlement. L'autorisation écrite du conseil régional concerné suffit dans ce cas.

Un établissement ne peut prendre ou céder à bail un immeuble requis pour la poursuite de ses fins sans l'autorisation du conseil régional concerné.

75 Tout contrat fait par un établissement sans l'autorisation du gouvernement, du ministre ou du conseil régional concerné est nul dans tous les cas où cette autorisation est requise par la présente loi.

130,6 Le conseil d'administration d'un centre hospitalier accepte ou refuse la candidature d'un médecin ou dentiste en tenant compte du plan d'organisation visé dans l'article 70, du nombre de médecins et dentistes prévu à ce plan d'organisation et du coût engendré par l'engagement de ce médecin ou dentiste.

Le conseil peut refuser la candidature d'un médecin ou dentiste en se fondant sur des critères de qualification, de compétence scientifique ou de comportement du médecin ou dentiste.

Tout refus doit être motivé par écrit.

Le conseil doit, dans les trente jours de l'acceptation d'une candidature, en aviser le conseil régional concerné.

TABLEAU 25 IMPORTANCE RELATIVE DES MANDATS CONFIES AUX CRSSS DANS LA PREMIERE VERSION DU PROJET DE LOI 27 (1981).

PEU > IMPORTANCE DES POUVOIRS > BEAUCOUP

PEU

IMPORTANCE DES MANDATS

BEAUCOUP

	MANDATS, FONCTIONS CONCERNANT:	TYPES DE POUVOIR		
		PRESSION	GESTION	COMMANDEMENT
1	L'INFORMATION CIRCULANTE NON-FINALISANTE (RESSOURCES INFORMATIONNELLES QUI NE DEFINISSENT PAS LES ORIENTATIONS ET LA NATURE DU RESEAU DES AFF. SOC.)		18.1$_4$ (implanter) 18.1$_5$ 18.2$_2$ (recevoir)	18.1$_4$ (concevoir) 18.2$_2$ (répartir)
2	LES RESSOURCES HUMAINES ET MATERIELLES DES ETABLISSEMENTS, LEUR CLIENTELE, PROGRAMMES ET SERVICES	18.1$_6$ 70 70.1 72$_1$ 72$_2$ 130,6	18ei (administrer) 18eii	18ei (établir) 18eiii 18.2$_1$
3	DETERMINATION ET/OU REPARTITION DES RESSOURCES MONETAIRES (BUDGETAIRES)			
4	LA CREATION, LA FUSION, L'ABOLITION DES ETABLISSEMENTS	72$_3$		
5	L'INFORMATION STRUCTURANTE (DEFINITION DES OBJECTIFS, IMPOSITION DES FINALITES VERS LESQUELLES LES AUTRES MOYENS DEVRONT ETRE MOBILISES)	.		18.1$_1$ 18.1$_2$ 18.1$_3$

NOTE: De par leur nature même, les articles 18e$_2$, 18.3 et 75 ne peuvent être inclus dans la grille.

- les mandats concernant l'information structurante (niveau 5), soit établir les politiques d'admission et de transfert des bénéficiaires, fixer les normes de fonctionnement des services d'urgence et d'utilisation et de distribution des lits, sont très déterminants;

- il y a absence de mandats reliés aux ressources budgétaires (niveau 3).

Par ailleurs le gouvernement veut également modifier substantiellement la composition du conseil d'administration des CRSSS (Tableau 7) de façon à donner plus de place aux représentants de la population (Pierre Marc Johnson in Journal des débats 1981: B-1747):

> "L'approche que nous avons retenue c'est de diminuer le poids relatif des établissements au niveau des CRSSS pour mieux ouvrir le CRSSS aux citoyens, par ce que, au moment où on se parle, les établissements contrôlent, à toutes fins pratiques, la majorité. Or l'effet des dispositions que nous introduisons, c'est de faire en sorte que, (...) il n'y ait pas une majorité qui soit détenue par les établissements."

Les réactions en commission parlementaire furent nombreuses. Les représentants des établissements (CH, CLSC, CA, CSS) firent front commun et s'opposèrent à l'augmentation des pouvoirs décisionnels conférés aux CRSSS et au Ministre par crainte de voir diminuer leur autonomie de gestion en faveur des paliers régional et central. La Corporation professionnelle des médecins du Québec s'insurgea contre ce qu'elle qualifia d'ingérence des CRSSS dans le domaine de l'activité professionnelle. Quant aux fédérations de médecins (F.M.O.Q., F.M.S.Q.) elles n'y allèrent pas par quatre chemins, remettant même en question les conseils régionaux comme intervenants valables. Le Comité provincial des malades et l'Association de santé publique décrivent pour leur part la gestion "lointaine" des CRSSS et doutent même de leur compétence pour gérer le système socio-sanitaire d'un territoire. Quant aux média d'information, la question de la décentralisation les intéress[e] peu, tout occupés qu'ils sont à comprendre et expliquer la rémunéra[tion] différenciée et ses effets sur l'accessibilité aux services sanita[ires].

5.12.3 La seconde version du projet de loi 27 (1981) et son adoption.

Pas moins d'une centaine d'amendements furent présentés au texte initial en deuxième lecture. Le tableau 26 permet de prendre connaissance de la nouvelle version des articles traitant plus particulièrement des principales fonctions dévolues aux conseils régionaux. Dans son ensemble cette version constitue un certain recul pour la décentralisation régionale (Tableau 27).

Par exemple les CRSSS ne pourront fournir eux-mêmes des biens et services, l'alinéa 18eiii de la première version étant disparu dans la seconde. Un autre exemple: le nouvel article 18.1 indique que ce sont les établissements, et non plus les CRSSS, (sauf dans le cas du CSSSMM) qui élaborent leurs critères et politiques d'admission et de transfert des bénéficiaires. Un dernier exemple: seul le CSSSMM (06A) se voit confier, et seulement en partie, des fonctions contenues à l'article 18.1 de la première version du projet de loi. Rappelons que ce conseil régional avait déjà été l'objet d'arrêtés en conseil lui confiant des mandats à peu près similaires (1).

Il est assez paradoxal de constater toutefois que le texte de loi, rédigé en décembre 1981, se montre moins "décentralisateur" que ne l'étaient les arrêtés en conseil 234-81 et 236-81. En effet dans les décrets il revient au CSSSMM de <u>déterminer</u> et <u>d'assurer la mise en place</u>:

- des politiques d'admission et de transfert des bénéficiaires;

- des procédures générales et des modes de fonctionnement des services d'urgence;

- du cadre général que doivent suivre les établissements dans l'affectation et la distribution des lits.

Dans la Loi 27 (1981) le CSSSMM établit les critères d'admission et les politiques de transfert des bénéficiaires (art. 18.3) mais il revient aux établissements d'adopter des normes de fonctionnement de services d'urgen-

---

(1) Voir 5.10

TABLEAU 26 MANDATS CONFIES AUX CRSSS PAR LA LOI 27 (1981).

ARTICLE	
18e	De promouvoir l'échange, l'élimination des dédoublements et une meilleure répartition des services dans la région ainsique la mise en place de services communs à plusieurs établissements;
e.1	Agir comme représentant exclusif des établissements ou d'une catégorie d'entre eux dans l'ensemble ou une partie de sa région: i) pour l'approvisionnement en commun de biens qu'il détermine, à l'exclusion des catégories de biens que le ministre indique; ii) dans les cas et aux conditions déterminées par le ministre, pour l'approvisionnement en commun de services.
18.1	Lorsqu'un CRSSS est désigné à cette fin par règlement, les CH et CA doivent soumettre pour approbation leurs critères d'admission et leurs politiques de transfert des bénéficiaires. Le ministre peut, pour un CH ou CA désigné par lui, demander directement à celui-ci ses critères d'admission et ses politiques de transfert et consulter le CRSSS.
18.2	Un CRSSS désigné par règlement peut exiger, de tout établissement public ou privé, des informations statistiques sur le nombre et la nature des inscriptions et des admissions de bénéficiaires, sur le taux quotidien d'occupation et sur les transferts en ambulance de bénéficiaires.
18.3	Le CSSSMM peut, pour répartir les cas d'urgence, mettre sur pied une centrale de coordination. A cette fin, il exerce de façon exclusive les fonctions suivantes: 1. Etablir les critères d'admission et les politiques de transfert des bénéficiaires; 2. S'assurer que des normes de fonctionnement adéquat des services d'urgence soient adoptées ou à défaut, fixer de telles normes; 3. S'assurer que ces établissements adoptent et appliquent, en ce qui concerne l'utilisation et la distribution des lits, des normes conformes aux exigences d'une répartition adéquate des cas ou, à défaut, fixer de telles normes; 4. Concevoir et implanter un système d'information régionale (sur le sujet); 5. Autoriser le déplacement vers un autre centre lorsque celui-ci est engorgé; 6. Recevoir les appels de la population qui demande des services d'ambulance.
18.4	Un établissement est lié par une décision d'un CRSSS prise en vertu de 18d, e.1, g et 18.2 et 18.3. Le conseil régional ne peut exercer la fonction prévue au paragraphe e.1 de l'article 18 que dans les cas où il l'estime avantageux pour l'ensemble des établissements qui sont liés par sa décision.

TABLEAU 26 (suite)

18.5 Malgré le paragraphe e.1 de l'article 18, le Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Québec peut, avec l'autorisation du ministre, dans la mesure et aux conditions que ce dernier détermine, confier à PARTAGEC Inc., corporation sans but lucratif constituée par lettres patentes délivrées le 8 juillet 1966 en vertu de la troisième partie de la Loi sur les compagnies, le mandat d'exercer en son nom la fonction d'agir, dans la région ou une partie de la région, comme représentant exclusif des établissements ou d'une catégorie d'établissements pour les approvisionnements en commun de biens ou de services.

70. Le plan d'organisation d'un centre hospitalier doit de plus prévoir la formation de départements cliniques et de services cliniquesde même que le nombre de médecins et dentistes qui peuvent exercer leur profession dans chacun de ces départements et services en fonction de son permis et des ressources financières dont il dispose.

Le conseil d'administration d'un centre hospitalier doit, après consultation du conseil des médecins et dentistes, et, dans le cas d'un centre hospitalier affilié à une université, après consultation de l'université à laquelle il est affilié, transmettre cette partie du plan d'organisation au conseil régional pour approbation.

Cette partie du plan d'organisation doit être révisée au moins à tous les trois ans.

Sur demande du ministre, un conseil régional doit surseoir à son approbation jusqu'à ce que le ministre l'autorise.

De plus, le plan d'organisation d'un centre hospitalier désigné par le gouvernement doit pourvoir à l'organisation d'un département de santé communautaire.

70.1 Un centre hospitalier ne peut offrir de nouveaux services dont la nature nécessite des équipes de professionnels et des équipements ultraspécialisés déterminés par règlement avant d'avoir obtenu l'autorisation écrite du ministre. Avant d'accorder cette autorisation, le ministre consulte le conseil régional concerné.

72 Nul ne peut sans avoir consulté le CRSSS concerné et obtenu l'autorisation du gouvernement:

a) acquérir, construire, transformer ou démolir un immeuble pour les fins d'un établissement (...);
b) aliéner un immeuble, propriété d'un tel établissement;
c) cesser d'exploiter un établissement.

75 Tout contrat fait par un établissement sans l'autorisation du gouvernement, du ministre ou du conseil régional concerné est nul dans tous les cas où cette autorisation est requise par la présente loi.

TABLEAU 26 (suite et fin)

130,6 Le conseil d'administration d'un centre hospitalier accepte ou refuse la candidature d'un médecin ou dentiste en tenant compte du plan d'organisation visé dans l'article 70, du nombre de médecins et dentistes prévu à ce plan d'organisation, des ressources disponibles et des exigences propres du centre.

Le conseil peut aussi refuser la candidature d'un médecin ou dentiste en se fondant sur des critères de qualification, de compétence scientifique ou de comportement du médecin ou dentiste, eu égard aux exigences propres au centre hospitalier.

Tout refus doit être motivé par écrit.

Le conseil doit, dans les trente jours de l'acceptation d'une candidature, en aviser le conseil régional concerné.

TABLEAU 27 IMPORTANCE RELATIVE DES MANDATS CONFIES AUX CRSSS PAR LA LOI 27 (1981).

PEU > IMPORTANCE DES POUVOIRS > BEAUCOUP

PEU

IMPORTANCE DES MANDATS

BEAUCOUP

MANDATS, FONCTIONS CONCERNANT:	TYPES DE POUVOIR		
	PRESSION	GESTION	COMMANDEMENT
1 L'INFORMATION CIRCULANTE NON-FINALISANTE (RESSOURCES INFORMATIONNELLES QUI NE DEFINISSENT PAS LES ORIENTATIONS ET LA NATURE DU RESEAU DES AFF. SOC.)		18.3$_4$ (implanter) 18.3$_6$	18.2 18.3$_4$ (concevoir)
2 LES RESSOURCES HUMAINES ET MATERIELLES DES ETABLISSEMENTS, LEUR CLIENTELE, PROGRAMMES ET SERVICES	18e 70.1 72a 72b 130,6	18e$_{1ii}$ 18.3$_2$(s'assurer) 18.3$_3$(s'assurer) 18.5	18.1 18e$_{1i}$ 18.3$_5$ 70
3 DETERMINATION ET/OU REPARTITION DES RESSOURCES MONETAIRES (BUDGETAIRES)			
4 LA CREATION, LA FUSION, L'ABOLITION DES ETABLISSEMENTS	72c		
5 L'INFORMATION STRUCTURANTE (DEFINITION DES OBJECTIFS, IMPOSITION DES FINALITES VERS LESQUELLES LES AUTRES MOYENS DEVRONT ETRE MOBILISES)			18.3$_1$ 18.3$_2$ (fixer) 18.3$_3$ (fixer)

NOTE: De par leur nature même, les articles 18.4 et 75 ne peuvent être inclus dans la grille d'analyse.

ce (art. 18.3_2) et des normes quant à l'utilisation et à la distribution des lits (art. 18.3_3).

Par ailleurs l'ensemble des CRSSS marque un point sur un article de loi (art. 70). La nouvelle version leur confie l'approbation d'une partie du plan d'organisation des centres hospitaliers. La première version confiait cette approbation au ministre des Affaires sociales. Ce dernier a toutefois conservé le pouvoir de demander à un conseil régional de surseoir à son approbation.

Enfin la liste des pouvoirs réglementaires que le Ministre se garde (art. 173) s'est considérablement allongée.

En résumé, les protestations des représentants des établissements et des professionnels de la santé lors de la commission parlementaire ont permis une modification relativement substantielle des fonctions dévolues aux conseils régionaux, modification ayant pour effet de ralentir, du moins dans les textes législatifs, le processus de décentralisation administrative engagé depuis plus de 10 ans.

5.13 LES PRINCIPALES CONSTATATIONS

Suite à l'analyse qui vient d'être faite, plusieurs constatations peuvent être mises en relief quant à l'étendue du processus de décentralisation.

Des mandats généralement peu déterminants

Depuis leur création en 1972, les conseils régionaux se sont vu octroyer des mandats de plus en plus nombreux, particulièrement depuis 1977. Cependant si l'on exclut les cas des régions de l'Estrie, du Saguenay Lac St-Jean et de Montréal métropolitain, leur importance relative est modeste (tableau 28). Ce tableau indique de façon très schématisée les mandats confiés aux CRSSS aux périodes les plus significatives de leur existence, et ce indépendamment du type de pouvoirs (pression, gestion, commandement (1)) s'y rattachant. L'on constate que:

- les mandats confiés aux ORS et ORSS se situent à tous les niveaux de la grille d'analyse et sont nombreux aux niveaux de l'information structurante (niveau 5) et de la création, fusion ou abolition des établissements (niveau 4);

- les mandats confiés aux CRSSS en 1972 ne concernent que les niveaux de l'information circulante non-finalisante (niveau 1) et des ressources humaines et matérielles des établissements (niveau 2);

- pour la période 1973-1979, la plupart des mandats se situent au second niveau de la grille d'analyse, un seul se situe au quatrième niveau et aucun au cinquième;

---

(1) Pour une définition plus précise de ces termes voir page 26.

TABLEAU 28 IMPORTANCE RELATIVE DES MANDATS CONFIES AUX CRSSS INDEPENDAMMENT DU TYPE DE POUVOIRS S'Y RATTACHANT.

MANDATS, FONCTIONS CONCERNANT: (NIVEAU)		DOCUMENT OU PERIODE					
		ORS ORSS	CRSSS 1972	MANDATS 1973-79	A.C. 3179-79	REGION 02-05	LOI 27 (1981)
L'INFORMATION CIRCULANTE NON-FINALISANTE (RESSOURCES INFORMATIONNELLES QUI NE DEFINISSENT PAS LES ORIENTATIONS ET LA NATURE DU RESEAU DES AFFAIRES SOCIALES)	1	XX	XXXX XX	XXXX	XX	XX	XYYY
LES RESSOURCES HUMAINES ET MATERIELLES DES ETABLISSEMENTS, LEUR CLIENTELE, PROGRAMMES ET SERVICES	2	XXXX XXXX XXXX	XXXX XXXX	XXXXXXX XXXXXXX XXXXX	XXXX XXX	XXXX	XXXX XXXX XX YYY
DETERMINATION ET/OU REPARTITION DES RESSOURCES MONETAIRES (BUDGETAIRES)	3	XXXX XX		XXXXXXX XX	XX	XXXX XX	
LA CREATION, LA FUSION, L'ABOLITION DES ETABLISSEMENTS	4	XXXX X		X	XX	XX	X
L'INFORMATION STRUCTURANTE (DEFINITION DES OBJECTIFS, IMPOSITION DES FINALITES VERS LESQUELLES LES AUTRES MOYENS DEVRONT ETRE MOBILISES)	5	XXXX XXXX			XX	XXXX XXXX	YYY

X CORRESPOND A UN MANDAT CONFIE AUX CRSSS. POUR DETAILS VOIR TABLEAU CORRESPONDANT. EX. ORS: TABLEAU 5 DANS LE RAPPORT

✓ CORRESPOND À UN MANDAT CONFIÉ AU CSSS??

- l'arrêté en conseil 3179-79 constitue un point tournant pour l'ensemble des CRSSS en leur confiant dans certains secteurs des mandats relativement importants comme élaborer les priorités régionales et les plans de mise en oeuvre des politiques dans les secteurs concernés (niveau 5), déterminer la vocation des établissements concernés qui sera soumise à l'approbation du Ministre (niveau 4);

- la Loi 27 (1981) ne concède aux CRSSS (sauf à celui de Montréal métropolitain) que très peu de mandats déterminants et aucun concernant la répartition et/ou la détermination des ressources monétaires (niveau 3).

Les mandats des conseils régionaux se sont donc multipliés depuis 1973. Cependant leur importance relative, dans l'ensemble, n'a pas beaucoup augmenté. En effet, après plus de dix ans, la plupart concerne encore les deux premiers niveaux de la grille d'analyse, à savoir ceux de l'information circulante non finalisante et des ressources humaines et matérielles des établissements. Les seules exceptions d'importance concernent les mandats contenus dans les décrets relatifs aux régions du Saguenay Lac St-Jean (2234-80), de l'Estrie (2290-80) et de Montréal métropolitain (234-81 et 236-81).

De plus on pourrait qualifier la période 1977-1981 de "l'Age d'Or" de la décentralisation administrative, puisqu'avec l'avènement de la Loi 27 (décembre 1981) et depuis lors, un certain piétinement sinon un recul est constaté en terme d'importance relative des mandats confiés.

De la pression à la gestion, sans beaucoup de commandement

De la même façon qu'il y a eu évolution depuis 1972 en terme d'importance relative des mandats, les types de pouvoir (pression, gestion, commandement les caractérisant se sont également modifiés (tableau 29). Les faits suivants méritent d'être soulignés:

TABLEAU 29 IMPORTANCE RELATIVE DES POUVOIRS CONFIES AUX CRSSS INDEPENDAMMENT DE L'IMPORTANCE RELATIVE DES MANDATS S'Y RATTACHANT.

PERIODE	TYPES DE POUVOIR		
	PRESSION	GESTION	COMMANDEMENT
1970 LA COMMISSION CASTONGUAY-NEPVEU (ORS ORSS)	XXX	XXXXXX XXXXXX	XXXXXX XXXXXX XXXXXX
1971 LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTE ET LES SERVICES SOCIAUX	XXXXXX	XXXXX	XXX
1973-1979 LES PRINCIPAUX MANDATS CONCERNANT LA DECENTRALISATION	XX	XXXXXX XXXXXX XXXXX	XXXXXX XXXXXX XX
NOV. 1979 ARRETE EN CONSEIL 3179-79	XX	XXXXXX XX	XXXXX
1980 DECRETS 2234-80 ET 2230-80 REGIONS DE L'ESTRIE ET DU SAGUENAY/LAC ST-JEAN	XXXXXX XXXXXX	XXX	XXXXXX X
1981 LES MODIFICATIONS A LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTE ET LES SERVICES SOCIAUX (LOI 27 (1981)	XXXXXX	XX YYYY	XXXX YYYYY

X CORRESPOND A UN MANDAT CONFIE AUX CRSSS. POUR DETAILS VOIR TABLEAU CORRESPONDANT. EX. ORS: TABLEAU 5 DANS LE RAPPORT.

Y CORRESPOND A UN MANDAT CONFIE AU CSSS[illegible].

- le tableau démontre bien la volonté des commissaires du rapport Castonguay-Nepveu de faire des ORS et des ORSS des organismes régionaux puissants, ayant des pouvoirs de contrainte importants sur le milieu socio-sanitaire de leur région;

- lors de l'avènement des CRSSS en 1972, l'accent est mis davantage sur des pouvoirs de pression (de suggestion, de recommandation);

- lors de la période initiale de consolidation des CRSSS de 1973 à 1979, l'emphase est mise davantage sur les pouvoirs de gestion (sans possibilité d'exercer une contrainte autre que "morale") et, dans une moindre mesure, sur les pouvoirs de commandement;

- augmentation relative des pouvoirs de commandement pour la période 1979-1980, principalement pour les régions du Saguenay/Lac St-Jean et de l'Estrie;

- avec l'adoption de la Loi 27 (1981), il y a eu un mouvement de retour vers des pouvoirs de pression (sauf dans le cas de Montréal métropolitain);

En terme de "pouvoir", les conseils régionaux sont passés du statut d'organisme de pression à celui d'organisme de gestion et, dans une moindre mesure, de commandement. Il apparaît cependant que depuis la fin de l'année 1981, le niveau central hésite à confier aux conseils régionaux de nouveaux pouvoirs de commandement.

Un faible degré de décentralisation

Cette constatation est en fait le corollaire des deux précédentes. Théoriquement le degré de décentralisation d'un organisme dépend à la fois de l'importance des mandats (niveaux 1 à 5) et du type de pouvoir (pression, gestion, commandement) auxquels ils réfèrent (schéma 2, p. 30).

Le processus de décentralisation peut être suivi en étudiant l'évolution par niveau des types de pouvoir:

niveau 1: l'ensemble des mandats reliés à ce niveau avant 1981 se situe surtout dans la "lignée" des pouvoirs de gestion: il faut noter que la Loi 27 (1981) tend à situer de plus en plus les mandats confiés au niveau de l'information circulante non-finalisante dans la ligne du commandement.

niveau 2: l'ensemble des mandats se situe dans la "lignée" des pouvoirs de gestion, mis à part ceux contenus dans la circulaire 1981-114 (Plans de redressement) qui se situent dans ce que Lemieux (1974: 7) appelle le circuit de la pression.

niveau 3: le MAS confie de façon significative des mandats reliés à ce niveau à partir de 1977. A cette époque les mandats concernés se situent en moyenne (sur papier du moins) dans la ligne du commandement; de façon générale les pouvoirs confiés dans l'arrêté en conseil 3179-79 concernant ce niveau sont déjà plus faibles. Quant à la circulaire 1981-114 (Plans de redressement), elle situe les pouvoirs des CRSSS beaucoup plus en terme de gestion. Enfin il faut noter l'absence de nouveaux pouvoirs à ce niveau depuis 1981.

niveau 4: les mandats reliés à ce niveau font leur véritable apparition en 1979 (A.C. 3179-79) et les pouvoirs s'y rattachant ont alors davantage à voir avec la gestion et dans une moindre mesure avec le commandement; cependant depuis 1981 les nouveaux mandats concernant ce niveau se situent exclusivement dans le circuit de la pression.

niveau 5: tout comme au niveau précédent, les mandats apparaissent pour la première fois dans l'arrêté en conseil 3179-79 qui concerne, rappelons-le, les secteurs de la santé mentale, de la réadaptation, des CLSC, des services à domicile

et du transport des malades et blessés. Ces mandats sont les suivants: élaborer les priorités régionales dans les secteurs concernés, élaborer les plans de mise en oeuvre des politiques du MAS. Dans la circulaire 1981-114 le MAS confie aux CRSSS de nouveaux pouvoirs, mais ceux-ci sont relativement plus faibles. Aucun nouveau mandat rattaché à ce niveau n'a été confié aux CRSSS depuis lors.

Dans l'ensemble il faut souligner l'absence depuis 1979 de nouveaux mandats caractérisés par des pouvoirs de commandement, sauf en ce qui concerne le niveau de l'information circulante non-finalisante. De plus les nouveaux mandats reliés à la création, la fusion ou l'abolition des établissements (niveau 4) se caractérisent exclusivement par des pouvoirs de pression. Enfin le niveau central n'a pas confié depuis la circulaire 1981-114 de nouveaux pouvoirs à l'ensemble des conseils régionaux aux niveaux de l'information structurante (niveau 5) et de la détermination et/ou répartition des ressources monétaires (niveau 3).

Bref la décentralisation administrative vers les CRSSS, après avoir connu en 1972 des débuts modestes a pris lentement de l'importance en terme "quantitatif" jusqu'en 1981. Cependant, mis à part les régions du Saguenay/Lac St-Jean, de l'Estrie et de Montréal métropolitain, à la fois les mandats et les pouvoirs les caractérisant ne sont à ce jour déterminants: la décentralisation s'est effectuée en général à des niveaux peu déterminants selon l'ordre logique proposé et en confiant des pouvoirs ne permettant pas généralement aux conseils régionaux de contraindre les établissements. De plus, depuis la fin de 1981 la décentralisation administrative semble piétiner à la fois en terme d'importance relative des mandats et pouvoirs les caractérisant.

Décentralisation ou déconcentration?

Ce qui distingue, entre autres, décentralisation et déconcentration concerne la délégation de responsabilités dans le cas de la décentralisation, (Dufault 1979: 26; Gournay 1967: 127). Il serait permis sous cet angle

de mettre en doute la pertinence du vocable "décentralisation" employé jusqu'à ce jour pour désigner une délégation de pouvoirs sans délégation de responsabilités aux conseils régionaux.

En effet, la responsabilité au sens de capacité de prendre une décision sans en référer à une autorité supérieure, n'est pas clairement confiée aux conseils régionaux. Il semble qu'il soit impossible d'établir de relations entre la décision de décentraliser et des responsabilités qui seraient clairement déléguées aux conseils régionaux. Du moins est-ce la situation qui prévaut sur papier.

Par exemple, la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-5) énumère à l'article 18 les fonctions principales des conseils régionaux. Aucun article de cette loi ne délègue de responsabilités (au sens retenu précédemment) du Ministre aux conseils régionaux. Cette même loi indique que le Ministre exerce les pouvoirs que cette loi lui confère de façon à (article 3):

> "a) à améliorer l'état de santé de la population, l'état du milieu social dans lequel elle vit et les conditions sociales des individus, des familles et des groupes;
>
> b) à rendre accessible à toute personne, d'une façon continue et pendant toute sa vie, la gamme complète des services de santé et des services sociaux, y compris la prévention et la réadaptation, de façon à répondre aux besoins des individus, des familles et des groupes aux plans physique, psychique et social;
>
> c) à encourager la population et les groupes qui s'y forment à participer à l'instauration, à l'administration et au développement des établissements de façon à assurer leur dynamisme et leur renouvellement;
>
> d) à mieux adapter les services de santé et les services sociaux aux besoins de la population en tenant compte des particularités régionales et à répartir entre ces services les ressources humaines et financières de la façon la plus rationnelle possible;
>
> e) à favoriser le recours aux méthodes modernes d'organisation et de gestion pour rendre plus efficaces les services offerts à la population;
>
> f) à promouvoir la recherche et l'enseignement."

Il semble donc qu'en l'absence de toute délégation officielle, le Ministre des Affaires sociales conserve l'entière responsabilité du réseau des Affaires sociales dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux. La Loi sur le ministère des Affaires sociales (L.R.Q., c. M-23) va dans le même sens. Quant à la Loi sur l'administration financière (L.R.Q., c. A-6) il faut en relever deux articles qui indiquent bien la marge de manoeuvre étroite consentie au Ministre des Affaires sociales:

> "Art. 45 Aucun engagement ne peut être imputé sur un crédit sauf à la demande du chef ou sous-chef d'un ministère ou organisme ou de tout fonctionnaire indiqué par le Conseil du trésor. Cette demande doit être faite suivant la forme prescrite par le Conseil du trésor et être accompagnée des documents qu'il détermine.
>
> Art. 51 Aucun paiement sur le fonds consolidé du revenu ne peut être fait sauf à la demande du chef ou du sous-chef d'un ministère ou organisme ou de tout fonctionnaire indiqué par le Conseil du trésor. Cette demande doit être faite suivant la forme prescrite par le Conseil du trésor et être accompagnée des documents qu'il détermine."

La présence de ces deux articles de loi permet de mettre en doute le succès éventuel de toute opération consistant à confier aux CRSSS des mandats caractérisés par des pouvoirs de commandement concernant le niveau de ressources monétaires ou budgétaires (niveau 3). Qu'il suffise de penser aux difficultés actuelles reliées à la poursuite de la décentralisation pourtant déjà annoncée depuis trois ans pour les régions du Saguenay Lac St-Jean et de l'Estrie (responsabilité de la présentation au Ministre des demandes budgétaires des établissements et de la répartition des dollars que le MAS leur alloue selon la structure des programmes en vigueur au MAS).

Il faut donc retenir qu'actuellement les CRSSS, dans les textes législatifs, ne se sont pas vu déléguer de responsabilités (ministérielles)

depuis leur création.

Par ailleurs cette question de la responsabilité et de la confusion qui règne autour de son partage entre le MAS et les conseils régionaux revêt toute son importance dans le cas des mandats reliés au niveau trois (ressources monétaires) et caractérisés par des pouvoirs de commandement ainsi qu'à ceux des niveaux quatre et cinq (création, fusion, abolition des établissements; information structurante) et caractérisés par des pouvoirs de gestion et de commandement (tableau 30). Par exemple il s'avère que les préoccupations actuelles concernant la "rationalisation" du réseau socio-sanitaire sont toutes reliées à la "zone critique" du tableau (fusion d'établissements, changement de vocation, etc.).

La décentralisation: des différences interrégionales

Contrairement à l'opinion largement répandue dans la population, la décentralisation administrative vers les CRSSS n'est pas un processus enclenché de façon uniforme à la grandeur du Québec. Ce phénomène toutefois est relativement récent puisqu'avant 1980 l'ensemble des conseils régionaux se voyaient souvent confier les mêmes mandats, les mêmes fonctions et pouvoirs. Les décrets en faveur des CRSSS de l'Estrie, du Saguenay/Lac St-Jean ou plus récemment en faveur du CSSSMM sont venus briser le monolithisme vécu jusque-là dans le processus de décentralisation.

Dans le cas des CRSSS du Saguenay/Lac St-Jean et de l'Estrie, il serait pertinent de s'interroger à savoir si le Ministère, dans ses relations quotidiennes avec ces conseils régionaux, tient compte de la différence qu'il y a entre leur situation (A.C. 2234-80, A.C. 2290-80) et celle des autres CRSSS. Il faudrait également s'interroger sur le degré d'harmonisation entre ces décrets et l'ensemble de la législation existante, particulièrement la Loi sur l'administration financière.

TABLEAU 30 MANDATS POUR LESQUELS UN PARTAGE CLAIR DES RESPONSABILITES ENTRE LE MAS ET LES CRSSS EST ESSENTIEL

MANDATS, FONCTIONS CONCERNANT:		TYPES DE POUVOIR		
		PRESSION	GESTION	COMMANDEMENT
L'INFORMATION CIRCULANTE NON-FINALISANTE (RESSOURCES INFORMATIONNELLES QUI NE DEFINISSENT PAS LES ORIENTATIONS ET LA NATURE DU RESEAU DES AFF. SOC.)	1			
LES RESSOURCES HUMAINES ET MATERIELLES DES ETABLISSEMENTS, LEUR CLIENTELE, PROGRAMMES ET SERVICES	2			
DETERMINATION ET/OU REPARTITION DES RESSOURCES MONETAIRES (BUDGETAIRES)	3			ZONE CRITIQUE
LA CREATION, LA FUSION, L'ABOLITION DES ETABLISSEMENTS	4		ZONE CRITIQUE	ZONE CRITIQUE
L'INFORMATION STRUCTURANTE (DEFINITION DES OBJECTIFS, L'IMPOSITION DES FINALITES VERS LESQUELLES LES AUTRES MOYENS DOIVENT ETRE MOBILISES)	5		ZONE CRITIQUE	ZONE CRITIQUE

La participation des établissements au niveau régional

Le rapport de la Commission sur la santé et le bien-être social préconisait la présence au niveau régional d'organismes puissants nantis de pouvoirs étendus et se situant dans une structure pyramidale de commandement MAS-organismes régionaux-établissements.

Le processus de décentralisation des douze dernières années a plutôt donné lieu à la mise en place au niveau régional d'une structure mixte combinant des pouvoirs et des rôles spécifiques aux conseils régionaux avec une co-gestion partielle et limitée CRSSS-établissements via la présence des commissions administratives régionales.

Sceptissisme des associations d'établissements et des corporations médicales

Lors de la présentation des deux principaux projets de loi (Loi 65 (1971); Loi 27 (1981)) les associations d'établissements et les corporations médicales ont tout fait en leur pouvoir pour freiner sinon enrayer le processus de décentralisation administrative au niveau régional.

Il suffit de lire les mémoires présentés lors des commissions parlementaires portant sur ces deux projets de loi pour s'en convaincre. Ils semblent avoir réussi, en 1971 comme en 1981, à faire "reculer" le Ministre et ainsi ralentir le processus de décentralisation administrative en faveur du niveau régional. Les mêmes opposants qui avaient mis en échec la mise en place des ORAS ont eu gain de cause contre les CRSSS.

Compréhensible de la part de ces intervenants en 1971, cette position défensive semble plus paradoxale en 1981 dans le cas des associations d'établissements puisque depuis 1977, avec l'avènement des commissions administratives régionales, les établissements font partie intégrante du processus décisionnel des CRSSS. Gérard Marcoux, directeur général du conseil de la santé et des services sociaux du Montréal métropolitain résume assez bien ce paradoxe (Marcoux 1982):

> "Les intervenants qui se sont opposés à ce que nous ayons plus de pouvoirs, se les sont retirés à eux-mêmes puisqu'ils font partie intégrante de notre organisation".

Augmentation des pouvoirs du Ministre

En contrepoids à la volonté de décentraliser, il y a celle de confier plus de pouvoirs au Ministre des Affaires sociales, tout d'abord aux dépends du lieutenant-gouverneur en conseil. Par exemple, la loi 103 (1978) transfère au Ministre les pouvoirs concernant l'autorisation pour l'émission de lettres patentes supplémentaires , l'annulation et la délivrance de lettres patentes en cas de fusion ou de conversion des établissements, la nomination des représentants des groupes socio-économiques sur les conseils d'administration des établissements et des CRSSS. De la même façon, via une réglementation imposante (art. 173 de la Loi 27 (1981)) aux dépends des conseils régionaux et des établissements. La question est : jusqu'à quel point cette façon de faire vient modifier la marge de manoeuvre dont disposent les conseils régionaux.

Un parent pauvre: la population

Une dimension importante de la décentralisation administrative fait figure de parent pauvre: l'importance relative et la représentativité même de la population au sein du conseil d'administration du conseil régional (et dans une large mesure des établissements).

Alors que la population devait être fortement représentée par des personnes élues et ce pour une période de trois ans, la loi 65 (1971) prévoit la mise en place de conseils d'administration où la participation de la population est marginale (2/22), limitée aux représentants de groupes socio-économiques nommés par le lieutenant-gouverneur en conseil pour une période de deux ans.

La Loi 27 (1981) est venue rétablir quelque peu l'équilibre entre le nombre de représentants des établissements et celui de la population

en confiant à ces derniers quatre des quinze sièges du nouveau conseil d'administration du CRSSS et en portant la durée de leur mandat à trois ans.

Cependant le Ministre nomme trois de ceux-ci, et ce parmi les représentants des groupes socio-économiques. Le processus d'élection au suffrage universel des membres dont il était question en 1970 n'a jamais été instauré, bien que l'on puisse s'interroger sérieusement sur le degré de succès de cette opération si elle avait eu lieu. Qu'il suffise de penser à l'expérience des commissions scolaires...

Absence de spécificité des rôles du MAS et des CRSSS

Il est particulièrement préoccupant de constater qu'il n'y a eu depuis 1971 aucun document officiel indiquant clairement la spécificité des rôles, pouvoirs et responsabilités du MAS et des CRSSS. Tous les documents consultés, y compris les textes de loi, fournissent des informations ambigues. Les rôles et fonctions du Ministre recoupent souvent ceux et celles des conseils régionaux. On pourrait ainsi parler d'ensembles non-mutuellement exclusifs. Dans le cas qui nous préoccupe, la "surface" commune aux deux ensembles (MAS et CRSSS) est très importante, d'où une confusion potentielle.

Très peu de documents ont tenté de spécifier clairement les rôles respectifs du MAS, des CRSSS et des établissements. L'un de ceux-ci était joint à la circulaire INF-35-1977 (MAS 1977: 2). Comme mentionné à la section 5.5, le rôle du ministère des Affaires sociales y est décrit comme suit:

> "Le ministère des Affaires sociales se réserve un rôle de définition des orientations, des objectifs, des priorités et des budgets au niveau provincial et des vocations des établissements, de même qu'un rôle d'évaluation et de contrôle à posteriori des activités et de l'utilisation des ressources."

Par rapport à la grille d'analyse, le MAS se réserve donc des fonctions et pouvoirs concernant les ressources budgétaires (niveau 3),

l'abolition, la création ou la fusion d'établissements (niveau 4) et l'information structurante (niveau 5). Il conserve également son rôle d'évaluation et de contrôle sur l'ensemble du réseau.

Le document mentionne également que le MAS confie aux établissements toutes les responsabilités (1) concernant leur gestion interne: budget, plan d'organisation, personnel, etc. Ces pouvoirs et responsabilités concernent les ressources humaines et matérielles (niveau 2) et les ressources budgétaires (niveau 3). Enfin le CRSSS y est décrit comme l'instance légale garantissant la permanence de gestion, la continuité, etc. On lui reconnaît ainsi un rôle de coordonnateur sans spécifier quels sont les pouvoirs et responsabilités reliés à ce rôle.

Un second document (de consultation celui-là) rédigé par le MAS, Eléments pour une politique de décentralisation administrative (MAS 1980), a tenté de définir précisément les responsabilités de chaque intervenant mais la consultation révéla qu'il pouvait entraîner une certaine confusion. Ce document n'a pas fait l'objet d'une révision depuis lors.

Bref aujourd'hui les rôles du MAS et des CRSSS, bien que définis explicitement dans la loi, les règlements et les procédures administratives, n'en demeurent pas moins ambigus puisque non mutuellement exclusifs.

Absence de planification du processus de décentralisation administrative

Il n'y a pas de ligne directrice au processus de décentralisation. La meilleure preuve en est la publication du document de consultation en 1980 sur une éventuelle politique de décentralisation administrative qui se fait encore attendre. L'improvisation a joué un rôle prépondérant dans un processus expérimental et évolutif. Cette situation est en quelque sorte le corollaire de la constatation précédente: il est difficile de planifier un processus dans lequel les rôles des acteurs se chevauchent régulièrement.

---

(1) Responsabilité pris ici dans le sens de fonctions, mandats.

Il faut également s'interroger sur la pertinence de confier aux CRSSS des mandats caractérisés par des pouvoirs de commandement concernant les niveaux de la création, de la fusion et de l'abolition des établissements (niveau 4) et de l'information structurante (niveau 5) tels:

- Déterminer les objectifs et priorités de sa région (A.C. 2234-80 et A.C. 2290-80);

- Vérifier si les objectifs qu'il a alloués aux établissements sont atteints (A.C. 2234-80 et A.C. 2290-80);

alors que parallèlement on ne leur donne pas les pouvoirs de commandement correspondant au niveaux (inférieurs" de la grille d'analyse (niveaux un, deux, et surtout trois) qui peuvent apparaître comme des prérequis à une action efficace aux niveaux quatre et cinq.

Ces quelques constatations permettent de mieux comprendre le comment du processus de décentralisation administrative vers les conseils régionaux et les établissements. Elles en font ressortir les principales limites: on comprend mieux dès lors le pourquoi et le sens des attentes des CRSSS et des établissements.

Cette première analyse ne nous permet pas cependant de juger de la PROFONDEUR de ce processus. Au-delà du discours, au-delà de la bonne volonté, il y a LA PRATIQUE. Il faut maintenant aller analyser la réalité quotidienne de cette décentralisation, le vécu des différents intervenants tant au niveau central que régional et local. C'est cette seconde facette du processus de décentralisation qui sera abordée dans le prochain rapport.

BIBLIOGRAPHIE

Assemblée Nationale du Québec, Journal des débats, Commissions parlementaires, troisième session, 32e législature, Commission permanente des Affaires sociales: Etude du projet de loi 27 (1981) tomes 1, 2, 3, nos 24, 30, 31 des 16, 17 et 18 décembre 1981.

Assemblée Nationale du Québec, Journal des débats, Commissions parlementaires, troisième session, 32e législature, Commission permanente des Affaires sociales: Audition des organismes intéressés au projet de loi 27 (1981), vol. 26, nos 7, 9, 12, 14 des 8, 9, 10 et 11 décembre 1981.

Assemblée Nationale du Québec, Journal des débats, troisième session, 32e législature, vol. 26, nos 7, 19, 20, 21, 25, des 19 novembre, 11, 14, 15 et 19 décembre 1981.

Assemblée Nationale du Québec, Loi modifiant diverses dispositions législatives dans le domaine de la santé et des services sociaux, textes de la première et de la troisième lecture, respectivement 39 et 45 p., Editeur officiel du Québec, 1981.

A.C.M.D.Q., Mémoire de l'association des Conseils des médecins et dentistes du Québec présenté à la commission permanente des Affaires sociales en date du 8 décembre 1981, en rapport avec le projet de loi no 27, 10 p.

Association des centres d'accueil du Québec, Mémoire-Projet de loi 27, décembre 1981, 52 p.

Association des centres de services sociaux du Québec, Mémoire sur le projet de loi no 27, 9 décembre 1981, 33 p.

Association des hôpitaux du Québec, Mémoire de l'association des hôpitaux du Québec à la commission parlementaire des Affaires sociales relativement au projet de loi no 27, loi modifiant diverses dispositions législatives dans le domaine de la santé et des Affaires sociales, 1981-12-03, 52 pages.

Blain, Gilbert, La régionalisation d'hier à demain, Administration hospitalière et sociale, janvier-février 1980, pp. 4-12.

Borgeat, Louis, Dussault, René, Ouellet, Lionel, L'administration québécoise, 1982, P.U.Q., 268 p.

Conseil des Affaires sociales et de la Famille (C.A.S.F.), La question de la régionalisation des services de santé et des services sociaux, MAS 1978, 32 p.

Conseil de planification et développement du Québec (C.P.D.Q.), Rapport du Comité sur la décentralisation, novembre 1982, 62 p.

Corporation professionnelle des médecins du Québec, Mémoire de la Corporation professionnelle des médecins du Québec à la Commission permanente des Affaires sociales sur le projet de loi 27, 8 décembre 1981, 24 p.

Debbasch, Charles, in Encyclopedia Universalis, 1968, Paris, volume 5, pp. 355-358.

Deschênes, Jean-Claude, Le ministère des Affaires sociales et la décentralisation, voir Deuxième colloque Jean-Yves Rivard, pp. 39-47.

Deuxième colloque Jean-Yves Rivard, La décentralisation dans le domaine des Affaires sociales, Ed. Administration et santé, Montréal, 1981.

Dufault, Paul, La décentralisation, Administration hospitalière et sociale, mars-avril 1979, pp. 18-27.

Fédération des CLSC du Québec, Mémoire de la fédération des CLSC du Québec sur le projet de loi no 27 présenté à la commission des Affaires sociales, 10 décembre 1981, 16 p.

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, Mémoire présenté à la commission parlementaire des Affaires sociales, Projet de loi 27, décembre 1981, 28 p.

Fédération des médecins résidents et internes du Québec, Mémoire présenté à la commission parlementaire sur le projet de loi 27, décembre 1981, 16 p.

Fédération des médecins spécialistes du Québec, Mémoire concernant le projet de loi 27, 9 décembre 1981, 18 p.

Gélinas, André, Les organismes autonomes et centraux de l'administration québécoise, 1975, P.U.Q., 346 p.

Gendron, François, Le choix des régions, Document de consultation sur le développement des régions, 1983, 132 p.

Giscard d'Estaing, O., La décentralisation des pouvoirs dans l'entreprise, 1967, Paris, Les Editions d'organisation, p. 124.

Gosselin, Roger, Decentralization/Regionalization in Health Care: The Quebec experience. Health Care Management Review, Vol. 8, no 4, 1983.

Gosselin, Roger, Les conseils régionaux: une décennie d'évolution, Administration hospitalière et sociale, nov-déc., 1981. pp. 4-10.

Gournay, Bernard, L'Administration, 1967, p. 128.

Hamel, Janon, La création des CRSSS et Les CRSSS une décennie d'implantation, in Riverin, Alphonse et col., L'administrateur public un être pifométrique, 1981, pp. 185-197, 199-227.

Johnson, Pierre Marc, in Journal des débats, 18 décembre 1981, p. B-1747.

Journal des débats, voir Assemblée Nationale du Québec.

Laborit, Henri, La Nouvelle grille, 1974, Robert Laffont (Ed.), Paris, 358 p.

Lajoie, Andrée, Les structures administratives régionales, Déconcentration et décentralisation au Québec, 1968, P.U.M., Montréal, 332 p.

Lazure Denis, Mémoire au conseil exécutif sur la loi modifiant la loi sur les services de santé et les services sociaux et la loi sur la commission des Affaires sociales, Gouvernement du Québec, 19 novembre 1980, 21 p.

Lemieux, Vincent, Turgeon, Jean, La décentralisation: une analyse structurale, Revue canadienne de science politique, XIII: 4, décembre 1980, pp. 691-710.

Lemieux, Vincent, Renaud, François, Von Schoenberg, Brigitte, Les CRSSS: une analyse politique, 1974, Université Laval, 1975.

Lesemann, Frédéric, Décentralisation et services communautaires, Service Social, volume 27, no 1, Jan-juin 1978, pp. 23-45.

Marcoux, Gérard, L'A.H.Q., les CRSSS et la complémentarité, L'Administrateur hospitalier, 1980, pp. 25-27.

Marcoux, Gérard, Le Courrier Médical, 16 février 1982, p. 7.

M.A.S., Eléments pour une politique de décentralisation administrative, document de consultation, 20 mars 1980, 60 p. plus annexes.

M.A.S. Décentralisation des activités du M.A.S., Mars 1977, 9 pages.

Ouellet, Lionel et Descoteaux, Yves, Concepts et méthodes de la régionalisation d'une administration centrale, Ateliers de gestion intégrée des ressources, Québec, décembre 1978, 28 p.

Ordre des pharmaciens du Québec, Mémoire de l'ordre des pharmaciens du Québec présenté aux membres de la commission permanente des Affaires sociales sur le projet de loi no 27, 9 décembre 1981, 14 p.

Organisation mondiale de la santé, Organisation des services sanitaires aux échelons local et intermédiaire, Série de rapports techniques, no 499, 1972, Genève, pp. 15-25

R.C., Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, volume VI, Les services sociaux, tome I, tome II, 1972, Gouvernement du Québec, 381 p. et 492 p.

R.C., Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, volume IV, La santé, tome I, La situation actuelle, tome II, Le régime de la santé, Gouvernement du Québec, 1970, 212 p. et 209 p.

Renaud, Marc, Réforme ou Illusion? Une analyse des interventions de l'Etat québécois dans le domaine de la santé, Sociologie et Société, Avril 1977, vol. 9, no 1, pp. 129-131.

Riverin, Alphonse, Bureaucratie ou démocratie: il faut choisir, in Crise et leadership, 1983, Boréal Express (Ed.), chapitre 4, pp. 79-111.

Secrétariat à l'Aménagement et à la décentralisation du ministère du Conseil exécutif, La décentralisation: une perspective communautaire nouvelle, Fascicules 1, 2, 3, 4, 5, 1978.

Wallot, Hubert, Analyse des réformes sanitaires survenues au Québec I, II, III et IV, Union médicale du Canada, vol. 108, no 6, juin 1979; no 7, juillet 1979; no 8, août 1979.

ANNEXE 1

AUTRES MANDATS PARTICULIERS A CERTAINS CRSSS

LISTE NON EXHAUSTIVE

CRSSS-03

1. Contrats entre la CSST et les CH, DSC - Inventaire des travailleurs exposés aux maladies industrielles.
2. Nombre de postes rémunérés d'internes et de résidents pour 1980-81.
3. Evacuation aéromédicale - équipement spécialisé.
4. Analyse des dépenses et utilisation des services de santé de première ligne.
5. Comité d'évaluation de Télé-Médic.
6. Table centrale de consultation et concertation: Loi de la protection de la jeunesse.

CRSSS-05

1. Comité d'étude sur les modalités de développement à court terme de la médecine nucléaire au Québec.
2. Inventaire des ressources en place et des besoins de spécialistes en anesthésie.
3. Inventaire des salles d'opération.
4. Participation à l'implantation des centres de jour.
5. Avis sur le pavillonnement.

CRSSS-06A

1. Dossier des immobilisations de Cité des Prairies dont le coût dépasse les 250 000$ prévus dans les mandats.
2. Intégration des services de placement de la Ville de Montréal.
3. Budget des D.P.J.

ANNEXE 1 (suite et fin)

4. Institut Bruchési.

5. Santé au travail, contrat-type et répartition budgétaire pour fin d'inventaire (santé des travailleurs).

6. Appréciation de la situation à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

7. Commentaires concernant le document déposé par l'Hôpital général Fleury: "Difficultés éprouvées par l'Hôpital".

8. Evaluation des bénéficiaires en C.A. d'hébergement et en C.H.S.P.

9. Dossier d'urgence (décret no 234-81 du 4 février 1981).

CRSSS-06C

1. Ressources du réseau en regard des réserves indiennes de la région.

2. Avis réclamé sur les allocations projetées dans la région pour les soins prolongés.

3. Institut Nazareth et Louis-Braille à propos de la scolarisation.

CRSSS-07

1. Révision du cadre de référence 81-86 au plan de santé.

2. Agrandissement du CH La Piéta.

3. Services partagés en buanderie MAS-CSSO-établissements.

4. Rapide-des-Joachims.

5. Contrôle des dossiers des CH pour 1976-77 et 1977-78.

6. Auxiliaires familiales.

7. Evaluation du Pavillon Le Lièvre.

8. Réadaptation physique dans l'Outaouais.

CRSSS-09

Expérience d'intégration de tous les services aux handicapés (SERVCOM): fonctions décrites dans le décret 1083-80.